|  |
| --- |
| 主研修施設 調査書（正確に記載のこと） |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

病院名（正式名を記載のこと） |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

所在地（〒　　　　－　　　）　　　　　　　　　　　　　　　都・道　　　　　　　　　区　　　　　　　　　　　　　府・県　　　　　　　　市・郡電　話：（　　　　）－　　　－ＦＡＸ：（　　　　）－　　　－ |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

職　名責任指導医氏名 |
| * 特定機能病院ないし医育機関の病院である (別紙5-1参照)

　　 正　　否 （いずれかに○）病院診療科・診療部（内科、外科、皮膚科等の診療科名と検査部、放射線部、手術部、病理部、ICU等の診療部の名称を総て記載する）　診療科：　診療部： |
| 病院総常勤医師数　　　　　　名皮膚科医師数　　　　　　　　名　　内、皮膚科専門医　　　　　　　　　名病院総病床数　　　　　　　　床　　皮膚科病床数　　　　　　　　　　　床　　　　　　　　　　　　　　　　注：固定病床数のない時は１日平均　約　　　　　床外来患者総数（１日平均）　　約　　　　名皮膚科外来患者数（１日平均）約　　　　名 |