|  |
| --- |
| 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 |