

(新)

別紙様式第2(第9条項関係)

ID欄

校費負担患者協力内容報告書

- 入院
外来

年月日

(どちらかに、チェック願います)

旭川医科大学病院 殿

診療科名

診療科長名

担当医名

下記のとおり校費負担患者としての診療が終了しましたので協力内容を報告します。

Table with columns for application period, patient name, education/research type, case classification, recognition criteria, burden sharing, burden details, and a table for activities and results.

※講義・実習等で使用したパンフレット及び学会誌等に掲載した資料等は、添付願います。

Box for hospital president signature

Table for administrative and medical support staff signatures