旭川医科大学病院における「受託実習・病院研修」に係る

研修（オリエンテーション）実施報告について

旭川医科大学病院　御中

この度の実習・研修に際し、貴院より指示のありましたとおり、資料を基に事前オリエンテーションを実施したことをご報告いたします。

また、職種別の必要な事項についても、貴院の実習担当者からの指導・指示に従います。

年　　　月　　　日

【署名欄（※受託実習の場合）】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 機関名 | ： |  |
| 実習担当責任者 | ： | （自署） |
| 実習期間 | ： | 年　　月　　日～　　　年　　月　　日 |
| 実習生人数 | ： | 名 |

【署名欄（※病院研修の場合）】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所属機関名 | ： |  |
| 研修申請者 | ： | （自署） |
| 研修期間 | ： | 年　　月　　日～　　　年　　月　　日 |

【担当・提出先】

旭川医科大学病院 経営企画課臨床研修係

〒078-8510　旭川市緑が丘東２条１丁目１番１号

TEL：0166-68-2198（直通）

E-MAIL：sotsugo@asahikawa-med.ac.jp