

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