

令和 年 月 日

熊本大学病院長 様

所属機関： _____

身 分： _____

(_____ 年目)

(ふりがな： _____)

氏 名： _____

〒： _____

住 所： _____

電 話： _____

E-mail： _____

病 院 見 学 申 請 書

専門研修プログラムの参考のため、下記のとおり病院見学を申請いたします。

記

見学希望診療科(部)名	第1希望日	第2希望日	備 考
	月 日 ()	月 日 ()	
	月 日 ()	月 日 ()	
	月 日 ()	月 日 ()	
	月 日 ()	月 日 ()	
	月 日 ()	月 日 ()	
優先して見学したい事項があれば右欄に記入			

※見学を希望する診療科(部)毎に記入ください。

※1日に見学できる診療科は午前・午後に分けての最大2診療科までとなりますが、2診療科の見学希望の場合、調整次第ではご希望に添えない場合があります。同日に2診療科を希望する場合には、診療科(部)名の欄に希望順位も記入してください。

※見学時間に制限のある方は備考欄に記入してください。

※見学時の駐車券サービス (要 不要)

※次頁のアンケートにも記入をし、本紙と併せて提出してください。

(提出先)

熊本大学病院 総務課 卒後教育担当 宛
〒860-8556
熊本県熊本市中央区本荘 1-1-1
TEL:096-373-5994 / FAX:096-373-5952
E-mail:iys-kensyu@jimu.kumamoto-u.ac.jp

病院見学申請時アンケート

病院見学をお申込みいただくにあたって、以下のアンケートへ回答をお願いいたします。
(いただいた回答の内容および見学日直近の感染拡大状況によっては、見学時期の延期をお願いすることがありますのでご了承くださいますようお願いいたします。)

なお、病院見学当日は見学許可時にお送りします見学日を含む2週間の健康観察結果(検温・
体調確認結果を記入)を持参いただきます。

【質問1】

新型コロナウイルスワクチン接種はしましたか。

【接種済の場合は接種記録票(写)を提出 ※接種者が確認出来るようにしてください】

【 4回接種済 ・(4回目接種予定: 月 日) ・ 3回接種済 ・ いいえ 】

【質問2(質問1で「いいえ」と回答した方)】

接種していない理由を教えてください。(見学許可後のPCR検査要)

【 健康上の理由 ・ ワクチン接種未実施(接種不可) ・

その他(理由:) 】

【質問3】

2週間以内に居住地から都道府県をまたいだ移動をしましたか。(または病院見学前に行
く予定がありますか)

【 はい(月 日) ・ いいえ 】

【質問4(質問3で「はい」と回答した方)】

どこの都道府県・市区町村に行きましたか。(行きますか)(訪問地等複数ある場合は全て記入してください)

【都道府県名: 】【市区町村名: 】

【質問5】

2週間以内に「不特定多数の人が集まる場所」、「換気の悪い場所」、「人が密集する場所」
でのイベント等に参加しましたか。(参加する予定がありますか)

【 はい ・ いいえ 】

【質問6】

現在、発熱やのどの痛み、咳などの風邪の症状はありませんか。

【 ある ・ ない 】

以上、相違ありません。

また、見学の際には、許可証記載内容を遵守し、担当医師の指示に従います。

令和 年 月 日

所属機関: _____

氏名: _____

(提出先)

熊本大学病院 総務課 卒後教育担当 宛
〒860-8556 熊本県熊本市中央区本荘 1-1-1
TEL:096-373-5994 / FAX:096-373-5952
E-mail:iys-kensyu@jimu.kumamoto-u.ac.jp