

令和 年 月 日

熊本大学病院長 様

大学名： _____

学 部： _____

学 年： _____

(ふりがな： _____)

氏名： _____

〒： _____

住 所： _____

電 話： _____

E-mail： _____

病 院 見 学 申 請 書

卒後臨床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。（例：呼吸器内科、消化器外科、産科）

※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、病院見学当日は朝に各自で健康観察を行った上で来院いただくこととなります。

【質問1(全員)】

2週間以内に海外へ渡航しましたか(または病院見学前に行く予定がありますか)。

【 はい ・ いいえ 】

【質問2(質問1で「はい」と回答した方)】

どこの国のどの地域へ行きましたか(行きますか)。

【国名: 】【地域名: 】

【乗り継ぎ空港名: 】(訪問地等複数ある場合は全て記入してください)

また、渡航期間を教えてください。【 令和 年 月 日～令和 年 月 日 】

【質問3(全員)】

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 ・ 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(全員)】

2週間以内に「不特定多数の人が集まる場所」、「喚起の悪い場所」、「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(全員)】

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。

令和 年 月 日

大学名: _____

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