

● 手術見学の申込について

■ 申込手順について

1

手術担当医師に、事前に電話等により連絡し、日時等を調整の上、内諾を得てください。

2

見学の1週間前までに、「実習(見学)申込書」を下記まで郵送またはFAX(025-233-8880)してください。

「実習(見学)申込書」の送付先

〒950-1104 新潟市西区寺地280-7

済生会新潟第二病院 教育研修センター 行

または・・・

FAX 025-233-8880(代表)



一般の「実習(見学)申込」と異なり、必要書類は「実習(見学)申込書」のみとなります。但し、必ず事前に担当医師の内諾を得てください。

実習(見学)に関するお問い合わせは...



済生会新潟第二病院

担当：教育研修センター(内線2253)

TEL：025-233-6161

FAX：025-233-8880

済生会新潟第二病院 実習（見学）申込書

平成		年		月		日
----	--	---	--	---	--	---

■ 申込内容												
申込施設情報												
施設（学校）名												
施設担当者所属部署				施設担当者氏名								
施設担当者連絡先		TEL			FAX							
実習（見学）情報												
実習（見学）依頼先部署名												
実習（見学）期間 及び人数 複数の期間で依頼 する場合は②以降 に記載してください。	No	実習（見学）期間						人数				
	①	平成	年	月	日	～	平成	年	月	日		人
	②	平成	年	月	日	～	平成	年	月	日		人
	③	平成	年	月	日	～	平成	年	月	日		人
	④	平成	年	月	日	～	平成	年	月	日		人
	⑤	平成	年	月	日	～	平成	年	月	日		人
実習（見学）内容												
実習費（委託費） の有無		有 <input type="checkbox"/>		無 <input type="checkbox"/>		どちらかをチェック してください						
実習費「有」 の場合		費用 円（税込み）										
		内訳										
		※「有」の場合はお手数ですが、別紙「振り込み連絡表」への記載もお願いいたします。										
備考												