

病院見学補助事業「ずんばい回ろう！病院見学アシスト！」にかかる見学報告書

令和 年 月 日

鹿児島県初期臨床研修連絡協議会長 殿

氏 名： _____

大 学： _____

見学日程： 月 日 ～ 月 日

下掲のとおり病院見学を実施いたしましたので、ご報告いたします。

見学先1施設目

病院名： _____

見学実施日 _____

病院座判

交通費の領収書提出

あり・なし

病院受取者： 印

見学先2施設目

病院名： _____

見学実施日 _____

病院座判

見学先 3 施設目

病院名 : _____

見学実施日 _____



見学先 4 施設目

病院名 : _____

見学実施日 _____



見学先 5 施設目

病院名 : _____

見学実施日 _____

