

# 専門研修 特別連携施設概要

※特別連携施設ごとにご記入ください

## 【専門研修プログラム構成施設】

3) 専門研修 特別連携施設 医療機関コード    西暦  現在

|  |  |   |       |                      |  |
|--|--|---|-------|----------------------|--|
| 専門研修プログラムの名称   | 名称: <input style="width: 100%;" type="text"/>  |   |       |                      |  |
| 設担当者の氏名及び連絡先<br><small>本申請書の問合せに対して回答できる特別連携施設の方について記入してください(事務も可)</small> | フリガナ   |   |       |                      | 役職   |
|  | 氏名(姓)  | (名)                                       |       |                      | 直通電話: <input type="text"/>   |
|  |  |   |       |                      | 内線番号: <input type="text"/>   |
|  |  |   |       |                      | e-mail: <input type="text"/><br><small>(携帯電話のメールアドレスは不可とします)</small> |
| 1. 専門研修特別連携施設の名称   | フリガナ <input style="width: 100%;" type="text"/> |   |       |                      |  |
| 2. 所在地および二次医療圏の名称  | 〒  | -   | 都道府県: | <input type="text"/> | <input type="text"/>   |
|  | 住所:  | <input style="width: 100%;" type="text"/> |       |                      |  |
|  | 電話:  | <input type="text"/>                      | Fax:  | <input type="text"/> | <input type="text"/>   |
|  | 二次医療圏:   | <input style="width: 100%;" type="text"/> |       |                      |  |
| 3. 施設の管理者の氏名   | フリガナ   |   |       |                      |  |
|  | 氏名(姓)  | (名)                                       |       |                      |  |
| 4. 病院のホームページアドレス   | URL:   | <input style="width: 100%;" type="text"/> |       |                      |  |