

指導医フォローアップ講習会 DVD 貸出申請書

診療科 _____

指導医リーダー _____ 印

	貸出	返却
日付		
サイン		

<貸出希望 DVD> No. _____ ←センター事務室で記入

第 _____ 回 指導医フォローアップ講習会

_____ 年 _____ 月 _____ 日 開催

<貸出希望日>

_____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

※ 貸出期間は最長 2 週間です。

※ 締切日厳守でご返却下さい。

<視聴予定者> _____ 名

~~~~~  
<DVD 視聴者>

聴講票に必要事項をご記入の上、受講表を添付してください。

アンケートを記入し、裏面に 400 字以上の感想文をご記入ください。

<指導医リーダー>

聴講票、受講表、アンケートを取りまとめて、DVD 返却時にご提出ください。

追って、聴講者の受講票を指導医リーダー宛にお届けいたします。

次回、フォローアップ講習会受講時に忘れずに受講票をご持参ください。

卒後臨床研修センター (ex. 20331)

e-mail:sotsuken.bm@twmu.ac.jp