

総合臨床教育 研修センター長	総務課長	総務課 総括主査	卒後臨床研修 担当主査	受付担当

令和 年 月 日

秋田大学医学部附属病院
総合臨床教育研修センター長 殿

施 設 見 学 願

届出責任者

機関・
団体名

所 属

職 名

氏 名

見学目的・内容												
希望日時	第一希望	令和	年	月	日	()	:	～	:			
	第二希望	令和	年	月	日	()	:	～	:			
	第三希望	令和	年	月	日	()	:	～	:			
見学予定者		総数 名 (学内 名 ・ 学外 名)										
		【内 訳】	医 師		看護師		学 生		その他			
		学 内	名		名		名		職種： 人数：			
		学 外	名		名		名		職種： 人数：			
連絡担当者		所属				職名				氏名		
		Tel					Mail					
備 考												

※ 見学の目的を考慮し、定例ミーティングにて見学日時・対応者等を決定いたします。決定までに2週間程度の時間を要しますので、余裕を持ってご提出ください。

※ 当センターの予約状況によりましては、ご希望に添えない場合もございます。ご了承ください。

提 出 先

秋田大学医学部附属病院シミュレーション教育センター

〒010-8543 秋田県秋田市本道1丁目1-1

▶ Mail simreserve@hos.akita-u.ac.jp

※メール・学内便・郵送・直接ご持参のいずれかの方法でご提出ください。

事務使用欄

☐ MTG資料入力

処理日

/ /

2023.7 改訂