年　　　月　　　日

磐田市立総合病院

病院長　様

所属機関等の名称

依頼者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先　TEL

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Email

超音波検査研修申請書

このたび貴院において、下記の日程で超音波検査研修をさせていただきたく、申請いたしますのでご許可くださるようお願いいたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 研修日数 | □２日　　□１日 |
| 研修日時 | 第１希望　　　　年　　月　　日（　）　　時　　分　～　　時　　分 |
| 第２希望　　　　年　　月　　日（　）　　時　　分　～　　時　　分 |
| 第３希望　　　　年　　月　　日（　）　　時　　分　～　　時　　分 |
| 第４希望　　　　年　　月　　日（　）　　時　　分　～　　時　　分 |
| 研修領域  （複数可） | □心臓　□腹部　□乳腺　□甲状腺　□頸部（耳下腺、顎下線、リンパ節）　□頸動脈　□下肢動静脈　□腎動脈　□体表　□産科 |
| 研修内容  （複数可） | □モデルに対する実技研修　□患者さんに対する実技研修　□見学 |

病院担当者記入

研修日時は以下のとおりです。

　　　　年　　月　　日（　）　　　時　　　分　～　　　時　　　分

　　　　年　　月　　日（　）　　　時　　　分　～　　　時　　　分

【連絡事項】

※「超音波検査研修申請書」原本は研修当日持参し、生理機能検査室に提出してください。

※当日は白衣を持参し、直接2階27番生理機能検査室にお越しください。

※研修当日の検査状況によっては充分な実技研修ができない場合があります。

磐田市立総合病院　生理機能検査室

TEL：0538-38-5000（内線2603）

FAX：0538-38-5681

Email：[chiikirenkei@hospital.iwata.shizuoka.jp](mailto:chiikirenkei@hospital.iwata.shizuoka.jp)

　　　　　　　　　　　　　　（地域医療連携室）