

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

平成 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)

所 属

職 名

氏 名

連絡先 内線電話
PHS 等

E-Mail

見学目的・主旨								
見学希望日時	第一希望	平成	年	月	日()	:	~	:
	第二希望	平成	年	月	日()	:	~	:
	第三希望	平成	年	月	日()	:	~	:
	その他希望							
参加予定人数	名 (うち 学外者 名)							
(内 訳) 記載が可能な場合は 内訳をお願いします	学内・医師	名	学内・看護師	名	学内・学生	名	職種名 ()	名
	学外・医師	名	学外・看護師	名	学外・学生	名	職種名 ()	名
備考欄								

※見学目的、見学希望日時等を考慮し、シミュレーション教育センター運営委員会にて、見学対応者を決定いたします。決定までには1週間程度時間を要します。

※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ので、ご了承願います。

問い合わせ・提出先

シミュレーション教育センター <http://career.hos.akita-u.ac.jp/sim/>
施設の利用状況確認 ⇒ 上記サイト内トップページ・オンライン予約より
 TEL .018-884-6427 / FAX. 018-884-6454

ミーティング入力

