研修に係る事前確認事項

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　公立つるぎ病院

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　教育研修部

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　総務部総務課

研修のスケジュール作成にあたり、以下の内容について確認の上、

下記までご回答をお願いいたします。

**〇基幹病院名（　　　　　 　 ）氏名（　　　　　　 ）**

**〇研修月内の予定について**

　研修月内で**休暇・学会等で不在になる日**がありましたら、下記にご記入ください。

例）4/12学会

**〇日直・当直について**

　日直と当直を各１回実施する予定をしています。研修期間中（土日祝日を含む）、**当直・日直の都合の悪い日**がありましたら、下記にご記入ください。

例）4/20当直不可、4/25日直不可

**〇診療所研修について**

一泊二日で診療所での研修を予定していますが、**宿泊について可能かどうか**下記にご記入ください。

□　宿泊可能　　　　　　　　　　□　宿泊不可

**〇昼食について**

研修期間中、希望者には**有料にて弁当形式の昼食を用意**しています。

希望の有無について、下記にご記入ください。

※なお、曜日指定での利用も可能です。

□　お弁当を希望する　　　　　　□　お弁当は希望しない

**提出期限：研修開始日２週間前まで**

**【提出先】**公立つるぎ病院 教育研修部・総務部総務課

メール　info@tsurugihp.jp

ＴＥＬ　076-272-1250（内線21３）

ＦＡＸ　076-272-3144