

< 様式 >

平成 年 月 日

認定NPO法人 救急ヘリ病院ネットワーク
理事長 篠田 伸夫 あて

病院所在地

病院名

代表者名

印

医師・看護師等研修実施結果報告（研修担当病院用）

標記について、医師・看護師等研修カリキュラムに定める「搭乗研修報告書」、
「自己評価表」及び「評価表」を添付して、別紙のとおり報告します。

(別紙)

1 研修員氏名

2 研修期間

当初計画研修期間

年 月 日 ~ 年 月 日迄

実研修期間

年 月 日 ~ 年 月 日迄

実研修日数

日

3 研修実施状況 (様式自由、研修担当病院の既存の様式で可)

(記載例)

年 月 日	時 間	研修内容
4月1日	9時~17時	オリエンテーション
4月2日	9時~17時	ドクターヘリの基本的知識に関する講義
(中略)		
4月15日	9時~17時	救命救急センターにおける実地研修、搭乗研修 研修症例の概要 (搭乗報告書のコピー添付)
(中略)		
4月30日	9時~17時	研修の評価、まとめ