

< 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（研修員派遣病院用）

標記について、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 研修員派遣病院による研修員の研修成果に対する評価、意見

様式は自由であるが、研修担当病院から回付された当該研修員に関する研修標準カリキュラム所定の搭乗研修報告書、自己評価表及び評価表を踏まえるとともに、当該研修員から直接研修に関する聴取を行って記載すること。