別記様式第1号(第3条第1項関係)

全身麻酔用医薬品投与制御プログラム手術症例見学申込書

広島大学病院長　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 症例見学希望日 | 年　　月　　日　(　　曜日) |
| 見学術式（日本語表記） |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名・病院長名 |  |
| 施設所在地 |  |
| 請求先職名・氏名 |  |
| 請求書　送付先・事務担当者名 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 氏名 | 所属・職種 | 性別 |
| 参加者①(代表者) |  |  | □男性□女性 |
| 電話番号：緊急連絡先： |
| 参加者② |  |  | □男性□女性 |
| 参加者③ |  |  | □男性□女性 |
| 参加者④ |  |  | □男性□女性 |
| 参加者⑤ |  |  | □男性□女性 |

* 職種は，医師・看護師・臨床工学技士・その他とご記入ください。
* ロッカー準備の都合のため，性別の□にチェックしてください。
* 患者状態により，手術が延期となった場合等の緊急連絡先として，携帯電話番号のご記入をお願いします。
* 見学される方は，申込書と併せて誓約書を提出してください。
* 全身麻酔用医薬品投与制御プログラム症例見学申込書で知り得た情報は，症例見学のみで使用し，その他の目的で使用することはありません。

|  |  |
| --- | --- |
| 手術を行う診療科長診療科名・氏名 | 印 |