

病院実習医療機関調査票

調査担当消防本部		() 消防本部 () 課		
調査日時				
受入実習種別				
医療機関	名称			
	所在地			
	電話			
	事務担当者 職・氏名			
	担当者電話			
	担当者電子メール			
	実習受入責任者 職・氏名			
	医療機関種別	初期	二次	三次
	独立した救急部門の有無	あり	なし	
	実習担当医師数	() 人		
救急専従医師数	() 人			
日本救急医学会救急科専門医数	() 人			
日本救急医学会指導医数	() 人			
麻酔科専従医師数	() 人			
日本麻酔科学会麻酔科認定医数	() 人			
日本麻酔科学会麻酔科専門医数	() 人			
日本麻酔科学会麻酔科指導医数	() 人			
年間全身麻酔症例概数	() 症例			
年間CPA患者数	() 人			
年間救急車受入台数	() 台			
実習時期（予定）				
地区MCにおける担当業務				
その他病院実習に関する特記事項（病院の特徴等を記入してください。）				