

提出日:令和____年____月____日

浜松医科大学医学部附属病院臨床研修プログラム A、B、C

初期臨床研修 CPC レポート

臨床研修施設名: _____

臨床研修医氏名: _____

CPC 開催日時:令和____年____月____日 (____時____分～____時____分)

CPC 開催場所: _____

レポート作成日:令和____年____月____日

臨床指導医氏名: _____署名または印

病理指導医氏名: _____署名または印

提出先:浜松医科大学附属病院卒後教育センター

※ この用紙を CPC レポートの表紙にしてください。

※ 個人情報(氏名、生年月日、住所など)は削除あるいは塗りつぶすなどして、患者個人が特定出来ないように配慮してください。