

平成 年 月 日

湘南地区メディカルコントロール協議会会長

〇 〇 消 防 長 

印
---

### 救急隊員病院実習受入医療機関推薦書

湘南地区メディカルコントロール協議会で定める救急隊員病院実習要件を満たしている  
るので、次のとおり病院実習医療機関として推薦します。

- 1 医療機関名
- 2 病院実習種別
- 3 年間受入人数（予定）

#### 【添付書類】

- 1 病院実習医療機関調査票（様式14）
- 2 病院受入規則等
- 3 その他（ ）

[消防本部担当]

所属	〇 〇 消防本部 〇 〇 課	氏名	
TEL		FAX	

[医療機関担当]

所属	〇 〇 病院 〇 〇 課	氏名	
TEL		FAX	