

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

○ ○ 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 1 3)
- 2 病院受入規則等
- 3 その他 ()

[消防本部担当]

所属	○ ○ 消防本部 ○ ○ 課	氏名	
TEL		FAX	

[医療機関担当]

所属	○ ○ 病院 ○ ○ 課	氏名	
TEL		FAX	