

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	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		
	療	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			
機		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		
関		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。）					