（様式２の１）

専門研修病院見学支援事業報告書

一般社団法人　しまね地域医療支援センター　あて

（送付先　〒693-0021 島根県出雲市塩冶町89-1島根大学医学部附属病院内

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　みらい棟　１階）

|  |  |
| --- | --- |
| 提出日 | 令和　　年　　月　　日 |
| ふりがな氏　名 | 　　　　 |
| 所属病院名 |  |
| 見学病院名 |  |
| 見学した診療科 |  |
| 見学日時 | 令和　年　　月　　日　　～　　　　月　　　日(　 ：　 ～　 ： 　 )　　　(　 ：　 ～　 ： 　) |
| 旅行期間 | 令和　年　　月　　日～　　月　　日（　　泊　　日） |
| 見学病院証明欄 | 上記の通り、見学したことを証する。　　　年　　　月　　　日見学確認者氏名　　　（署名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＊署名の代わりに受付印等の押印でも可。 |

（注）報告書に必要事項を記入し、見学病院の証明をもらってください。

（様式２の２）

|  |  |
| --- | --- |
| 見学後の感想（ご記入頂いた内容は病院には送付しません） |  |
| 助成金の　　　　振込口座 | 　　　　　　　　　銀行　　　　　　　　　店口座種別　　普通・その他（　　　　　　　）口座番号　　　　　　　　　　　　　　　　　口座名義　　　　　　　　　　　　　　　　　＊見学者本人名義の口座に限る |

（注）（様式２の２）は見学病院に提出する必要はありません。

　　　２回目からは、振込口座のご記入は必要ありません。

**♦アンケートご協力のお願い♦**

この度は、島根県へ見学に来ていただき、ありがとうございました。

今後の旅費助成実施への参考とさせていただくため、アンケートのご協力をお願いいたします。また、ご記入頂いた内容が、その目的以外で使用されることはありません。

1. **見学の動機に旅費助成はどう影響しましたか？**

**該当の□にチェックをお願いします。**

　　　□ プログラムに関心がり、助成が無くても見学した。

□ プログラムに少し関心があり、助成があることが見学の後押しになった。

□ 助成があるので、島根を見学先の候補とした。

1. **見学時の病院対応でご意見がありましたら、ご記入ください。**

ご協力、ありがとうございました。