

臨床研修病院群を構成する関係施設相互間の連携体制

基幹型臨床研修病院の病院施設番号： _____

臨床研修病院群名： _____

医師の往来の有無	1. 有 0. 無 (いずれかに○をつけてください。有に○をつけた場合には、以下に具体的な内容を記入してください。)
医療機器の共同利用	1. 有 0. 無 (いずれかに○をつけてください。有に○をつけた場合には、以下に具体的な内容を記入してください。)
合同臨床病理検討会の開催	1. 有 0. 無 (いずれかに○をつけてください。有に○をつけた場合には、以下に具体的な内容を記入してください。)
その他の診療及び臨床研修についての連携	1. 有 0. 無 (いずれかに○をつけてください。有に○をつけた場合には、以下に具体的な内容を記入してください。)

※記入しないこと