センター長	研修指導 責任者

押印願います

プログラム名：

研修診療科名：

コース：

職員番号：

研修医氏名：　　㊞必ず印鑑にて押印

1日の始業・終業時刻
月～金　8：30～17：00
土　　8：30～12：00
休日日直開始　9：00
宿直明け　9：00

研修状況報告書（令和　　年　　月分）

日	曜日	研修開始時刻	研修終了時刻	※業務・自己研鑽の別 ○＝業務 ×＝自己研鑽		日直・宿直	休暇・欠勤・出張（該当箇所に○印）				研修場所・内容〔外来、病棟別、処置、手術、検査等〕
				始業前	終業後		年休	特休	欠勤	出張	
		：	：			日直・宿直					
		：	：			日直・宿直					
		：	：			日直・宿直			