様式5-3）

**人間ドック健診研修施設 指導医一覧報告書**

　　　年　　　月　　　日

施設名：

施設（認定）番号：

研修施設は「指導医」が１名以上常勤していることが条件となります。貴施設での指導医該当者をご記入ください。

　１）指導医名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【会員番号：　　　　　　】

指導医認定番号：　　　　　　　　　　　専門医認定番号：

　２）指導医名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【会員番号：　　　　　　】

指導医認定番号：　　　　　　　　　　　専門医認定番号：

　３）指導医名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【会員番号：　　　　　　】

指導医認定番号：　　　　　　　　　　　専門医認定番号：

　４）指導医名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【会員番号：　　　　　　】

指導医認定番号：　　　　　　　　　　　専門医認定番号：

　５）指導医名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【会員番号：　　　　　　】

指導医認定番号：　　　　　　　　　　　専門医認定番号：