12. 熊本がん診療専門医育成プログラム参加者評価書

本プログラム参加者を受け入れた病院・診療科の担当者が記載し、熊本県がん診療連携協議会の化学療法部会へ提出する。

1)　　病院　　科　記載者名：

2)　受け入れ者氏名：

3)　受け入れ期間：　　年　　月　　日～　　年　　月　　日　(　　ヶ月間)

4)　期間中の受け持ち患者：

疾患　　（症例数）

①

②

③

④

⑤

⑥

⑦

⑧

5)　受け入れ者に対する評価：

6)　本プログラムに対するご意見：