

施設群調査票

施設群の構成

No. 1

専門医の領域		新生児	・	母体・胎児
基幹施設名			代表指導医名	
No.	指定施設名	代表指導医名		
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

- 注：1. 1施設に指導医が1名の場合は、その指導医が代表指導医となります。1施設に複数の指導医がいる場合は、代表指導医名を記載してください
2. 補完施設の場合は、施設責任者名を記載してください

【様式 2-4】

No. 2

No.	補完施設名	施設責任者名
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		

記入年月日：西暦 年 月 日