

提携病院指定申請書

平成 年 月 日

鳥取大学農学部長 殿

動物医療機関名

病院長名

下記のとおり申請しますので、鳥取大学農学部附属動物医療センターの提携病院に指定していただきますようお願いいたします。

なお、提携病院として指定された場合には、鳥取大学農学部附属動物医療センターの提携病院に関する規程を遵守することを誓約します。

記

1. 動物医療機関名
2. 提携病院指定希望期間：平成 年 月 日～平成 年 月 日
(以後、指定を終了する旨の書面による意思表示がない限り同一条件で継続)
3. 提携病院指定申請の理由：

提携病院指定申請関係書類

事 項	現 況
動物医療機関名	
所在地	
電話番号	
開院年数	年
臨床歴	
年間症例数及び 施設設備の概要	年間症例数 施設設備の概要
鳥取大学動物医療セン ターへの症例紹介数の 実績（過去 5 年間）	平成 年度 件 平成 年度 件 平成 年度 件 平成 年度 件 平成 年度 件
鳥取大学学生実習の 受入実績 （過去 5 年間）	平成 年度 人 平成 年度 人 平成 年度 人 平成 年度 人 平成 年度 人