

提携病院指定申請書

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： 年 月 日～ 年 月 日
(以後、指定を終了する旨の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）	<table border="0"> <tr> <td>年度</td> <td>件</td> <td>年度</td> <td>件</td> </tr> <tr> <td>年度</td> <td>件</td> <td>年度</td> <td>件</td> </tr> <tr> <td>年度</td> <td>件</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	年度	件										
年度	件	年度	件										
年度	件	年度	件										
年度	件												
鳥取大学学生実習の 受入実績 （過去5年間）	<table border="0"> <tr> <td>年度</td> <td>人</td> <td>年度</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>年度</td> <td>人</td> <td>年度</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>年度</td> <td>人</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	年度	人										
年度	人	年度	人										
年度	人	年度	人										
年度	人												