

※いずれかに○を付けてください
剖検症例・症例検討会参加

CPC(臨床病理検討会)レポート

提出年月日 年 月 日

研修医氏名 _____ 印・PHS番号

研修施設名 _____ 東京女子医科大学病院

病理解剖施行病院(主たる研修病院と異なる場合)

病理解剖施行日 _____ 年 月 日

病理解剖番号 _____

当該臨床科 _____

臨床指導医 _____ 印

病理指導医 _____ 印

研修責任者 _____ 印