

・当該利用施設の利用責任者から利用者が研修を受けた場合は、本書類をご提出ください。

ハートネットホスピタル 操作研修受講確認書

令和 年 月 日

利用責任者の監督下において、操作研修を実施したので操作研修受講確認書を提出します。

施設名	
利用責任者名 (自署)	印
実施日	令和 年 月 日
研修内容	・ハートネットホスピタル運用規程に関する事項 ・ハートネットホスピタル運用ルールに関する事項 ・セキュリティに関する事項

受講者名 (自署)	
受講者名 (自署)	
受講者名 (自署)	
受講者名 (自署)	
受講者名 (自署)	
受講者名 (自署)	
受講者名 (自署)	

以下 金沢市医師会 記入欄

上記を確認した。

令和 年 月 日

ハートネットホスピタル運営委員会担当チーフ

担当 チーフ	担当サブ チーフ	担当サブ チーフ	事務局長	担当者

受理日	令和 年 月 日
整理番号	
担当	

金沢市医師会 ハートネットホスピタル事務局
〒920-0912 金沢市大手町3-21
TEL 076-263-6070
FAX 076-223-7079
Email hnh@kma.jp
受付 9時～17時 月～金（祝日除く）