（レポート様式）　※レポートは病院見学終了後１週間以内に提出をお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| 　　　見学者氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 所属大学(病院)･学年(卒年) |  |
| 見学診療科 |  |
| 　　　期　　　間 | 平成 　年　 月　 日(　)～平成　 年　 月　 日(　) |

**[レポート] 熊本赤十字病院での病院見学を終えての感想**

**アンケートの内容を匿名でホームページ等に使用することがあります。**

**使用を許可していただけますか。**

**許可する　　　　　　　　　　許可しない**

**病院見学アンケート**※見学された皆さんの意見を参考に、今後の病院見学に生かしていきたいと思っております。下記のアンケートにご協力ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 　　　見学者氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 所属大学(病院)･学年(卒年) |  |
| 見学診療科 |  |
| 　　　期　　　間 | 平成 　年　 月　 日(　)～平成　 年　 月　 日(　) |

1. 見学時の満足度は100点満点で何点ですか？ 　　　　　　点

また、その理由は何ですか。（問題点もご指摘ください。）

【理由】：

２．熊本赤十字病院のイメージは？

３．当院の病院見学体制への要望はありますか？

４．当院で初期(後期)臨床研修をしたいと思いますか。（当院で働きたいと思いますか。）

・思う　　　　　・思わない　　　　　・わからない

５．現時点での将来の選択希望科は？

アンケートへのご協力ありがとうございました。