

## CPC（臨床病理検討会）レポート

提出年月日 \_\_\_\_\_

研修医氏名 \_\_\_\_\_

研修コース番号 \_\_\_\_\_

病理解剖施行病院 \_\_\_\_\_

病理解剖施行日 \_\_\_\_\_

病理解剖番号 \_\_\_\_\_

当該診療科 \_\_\_\_\_

病理解剖担当医 \_\_\_\_\_ 印・サイン

病理指導医 \_\_\_\_\_ 印・サイン