CPC（臨床病理検討会）レポート

提出年月日

研修医氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

研修施設名　　　　　　鳥取赤十字病院

病理解剖施行日

病理解剖番号

当該臨床科

臨床指導医　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

（主治医あるいは担当診療科部長）

病理指導医　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印