**증례 집담회 – ( 월)**

병원명: ( )

책임지도전문의: O O O (날인)

시간: ( )

장소: ( )

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 번호 | 참석자 | 연차 | 몰입근무기간 | 3/xx | 3/xx | 3/xx | 3/xx | 합계 |
| 1 | 장동건 | 2 | Y |  |  |  |  |  |
| 2 | 고소영 | 2 | Y |  |  |  |  |  |
| 3 | 정지훈 | 1 | N |  |  |  |  |  |
| 4 | 김태희 | 1 | N |  |  |  |  |  |
| 5 | 이승기 | 1 | Y |  |  |  |  |  |
| 6 | 임윤아 | 1 | N |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 책임지도전문의 확인 |  |  |  |  |  |  |  |

\* 참석자는 공란에 자필 사인함.

증례 환자

1. 3/xx

성별/나이/이름이니셜/주진단/주요토의내용 순으로 나열

(ex. 12345678/M/38/CYJ/ARDS/prone positioning)

2. 3/xx

3. 3/xx

4. 3/xx