

京都大学医学部附属病院 見学実習研修プログラム

京都大学医学部附属病院は次の見学プログラムによる見学実習生の受託を行います。

1. プログラムの名称

疾患栄養治療部（厨房）見学実習研修

2. 診療部名

疾患栄養治療部

3. 実習コース名

厨房見学コース

4. 実習プログラムの内容

平成22年6月より運用を開始した「ニュークックチルシステム」の概要説明ならびに将来展望、（オール電化）厨房設備の見学、クックチルシステムにより調理された治療食の試食など。最新の調理機器を含めた新しい食事提供システムの実際を見学し、知識を高めるとともに最先端の情報提供を行う。

「ニュークックチルシステム」の概要説明ならびに将来展望、厨房設備の見学、他

5. 受講対象者

厨房の改築等を計画されている施設等の管理栄養士、管理栄養士の養成校の教員、学生等

6. 募集人数

若干名/月、通年。

7. 実習期間

1日（平日のみ）

8. 実習時期

調整が必要であり、別途相談

9. 応募期間

随時

10. 見学実習料

一人につき日額 2,200円

11. 見学依頼申し込み

見学依頼書【別紙1】にて申し込みを行う（見学の承諾後、申請手続き）。

お申込みいただいた見学希望は日程調整後、当方より連絡致します。

12. その他

- ・食事を希望される場合は、見学料と別に食事料が必要になります。
- ・白衣・帽子・マスクについてはご用意させていただきます。
- ・見学の内容によっては検便検査が必要となる場合があります。

・見学についてご不明な点や、詳細はお電話下さい。

1 3. 申請手続き

見学申請書（公印を押印のこと）、誓約書

1 4. 出願書類提出先、問い合わせ先

〒606-8507 京都市左京区聖護院川原町 54

京都大学医学部附属病院 疾患栄養治療部 宛

TEL：075-366-7630

FAX：075-366-7632

京都大学医学部附属病院 見学実習依頼書

申込日 年 月 日

京都大学医学部附属病院 疾患栄養治療部
副部長 幣 憲一郎 殿

TEL 075-366-7630 FAX 075-366-7632

依頼施設名	
依頼者 役職・氏名 (複数であれば全て明記)	
依頼施設 住所	
依頼施設 電話番号	
依頼施設 メールアドレス	
見学理由	
見学希望日 (2~3日の希望日を明記)	第一希望日 年 月 日(曜日)
	時間; 午前・午後
	第二希望日 年 月 日(曜日)
	時間; 午前・午後
	第三希望日 年 月 日(曜日)
	時間; 午前・午後
食事(別途費用)の必要	有 ・ 無