

6年次「臨床実習3」 その他の病院 実習希望届

整理番号	
学籍番号	
氏 名	

チューター氏名	
	承認欄

※チューターの承認はメールでも可とする。

●実習先について、以下の欄に記入して下さい。

	実 習 先
病 院 名	
所在地	(住所)
診 療 科 名	
実習指導責任者名	
実習期間 ※上限4週間	第 期 自 令和 年 月 日 ~ 至 令和 年 月 日
実習プログラム	<input type="checkbox"/> 医学科生の実習プログラムが設定されていることを確認した。 ※実習プログラムが設定されていない場合は、実習として認められません。
実習費 ※必ずどちらかに チェックを入れること	<input type="checkbox"/> 実習費は不要である。 <input type="checkbox"/> 実習費の支払いが必須である(実習生自身が負担する)。 ※大学は実習費の支払いに応じられませんので、ご了承ください。

提出先：学務課医学科教務学生係