

CD確認印



病院見学実施届及び依頼書作成願

平成 年 月 日

医学部長 殿

医学部医学科 第 学年
学籍番号

氏名 _____

下記により依頼書の交付をお願いいたします。

記

病院名	
病院長名	
病院住所	〒 ー TEL ()
診療科名及び担当医名	科
見学希望期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
本人連絡先	〒 ー TEL ()
備考	
〈クリニカルクラークシップ・ディレクター確認欄〉※確認の上、□にチェックをお願い致します。	
<input type="checkbox"/> マッチングのための病院見学を目的とした本欠席については、「先方の都合によりどうしても自身の休暇期間内に行えるよう日程調整できず実習期間と重なってしまう場合や、マッチング試験が実習期間と重なってしまう場合」に該当する	
<input type="checkbox"/> 本欠席については、当該学生が見学/受験先医療機関と日程調整を行う前の段階において、クラークシップ・ディレクターに対して許可申請が行われた	
<input type="checkbox"/> 本欠席は、当該期間の配属先臨床実習プログラムにおいて、学習/評価のために重要な予定（例えば診療科全体回診や総括評価など）が組まれている日時の欠席にはあたらない	
<input type="checkbox"/> 本欠席予定日は、学外病院実習期間中ではない	
<input type="checkbox"/> 本欠席予定日を含む、当該ローテーション期間内におけるすべての「マッチングのための病院見学、およびマッチング試験による欠席」日数の合計が、当該ローテーション期間内の実習日数の1/4を超えない	

※学生本人が内諾を取り付けた上で、医学部医学教務係に提出してください。

※病院見学の際は必ずクリニカルクラークシップ・ディレクターに許可を取り、確認事項を確認していただいた上で、確認印欄に押印してもらってください。クリニカルクラークシップ・ディレクターによる確認印がない場合、または上記確認欄に1つでも非該当項目がある場合には、医学科教育委員会として一切受け付けません。

※実習終了後は必ず病院見学証明書を提出してください。