

医学部長	教務委員長	学生指導委員長

西暦 年 月 日

藤田医科大学 医学部長 殿

学 外 実 習 届

医学部 年 学籍番号

氏名

学外実習 ①	施設名			依頼状 (いずれかに○)	要 ・ 不要
	所在地	都・道 市・区 府・県 町・村			
	当該施設を 希望した理由 (該当番号(複数回答可) に○をつけること)	1. 実家に近い 2. 実習内容 3. 研修の質・研修医待遇 4. 希望進路・医局 5. その他 ()			
	実習期間	西暦 年 月 日 () ～西暦 年 月 日 ()			
学外実習 ②	施設名			依頼状 (いずれかに○)	要 ・ 不要
	所在地	都・道 市・区 府・県 町・村			
	当該施設を 希望した理由 (該当番号(複数回答可) に○をつけること)	1. 実家に近い 2. 実習内容 3. 研修の質・研修医待遇 4. 希望進路・医局 5. その他 ()			
	実習期間	西暦 年 月 日 () ～西暦 年 月 日 ()			
学外実習 ③	施設名			依頼状 (いずれかに○)	要 ・ 不要
	所在地	都・道 市・区 府・県 町・村			
	当該施設を 希望した理由 (該当番号(複数回答可) に○をつけること)	1. 実家に近い 2. 実習内容 3. 研修の質・研修医待遇 4. 希望進路・医局 5. その他 ()			
	実習期間	西暦 年 月 日 () ～西暦 年 月 日 ()			
移動日希望 (希望があれば○)	往路:() 復路:() *希望の場合、別紙「学外実習における移動日申請書」 を添付の上、欠席する診療科の了承を得ること。				
学内不在日 (移動日含む)	西暦 年 月 日 () 午前 ～西暦 年 月 日 () 午前 午後 午後 日間				
学内 (臨床実習 担当責任者)	診療科			教員署名	

- 《注意事項》
- 1. 学内不在日の5日(実習のない土日・祝日除く)前までに学務課へ提出すること。
※上記5日は、平日のみでのカウント。土曜日でも全体セミナーなど実習のある日はカウントに入れます。
 - 2. 学外実習届の提出が1日でも遅れた場合は、学外実習を許可することはできません。
 - 3. 実習先と日程調整を行った際のメールまたは先方からの実習詳細に関する文書(原本のみ可)添付のこと。
 - 4. 連続して複数の施設で学外実習を行う場合のみ、1枚にまとめて記入すること。