指導教員

学術交流協定等による臨床実習申請書

令和　　年　　月　　日

浜松医科大学長　殿

学籍番号

氏名　　印

下記のとおり（学術交流協定・その他の協定等）に基づき外国での臨床実習を行いたいので申請します。

記

交流協定等の名称		
臨床実習先（国名）	（　　）	
臨床実習診療科		
授業科目		
臨床実習期間	年　月　日～　年　月　日　日間	
その他参考となる事項		
到達目標		
	単位認定予定担当教員署名	印

＊　参考となる資料を添付すること。2つ以上の診療科で単位認定を希望する場合は1診療科ごとに1枚提出すること。