

海外臨床実習単位認定申請書

年 月 日

浜松医科大学長 殿

学籍番号 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_

下記のとおり海外臨床実習を授業科目として認定されることを申請します。

記

|                                                    |                              |      |   |
|----------------------------------------------------|------------------------------|------|---|
| 交流協定の名称                                            | 学術交流協定 ・ IFMSA ・ その他( )      |      |   |
| 臨床実習先<br>(大学名・病院等)                                 |                              | 国・地域 |   |
| 実習診療科                                              |                              |      |   |
| 実習期間                                               | 実習開始日： 年 月 日<br>実習終了日： 年 月 日 | 日間   |   |
| 単位認定を申請する<br>授業科目<br><small>(内科学Ⅱ、整形外科Ⅱなど)</small> | 授業科目名                        |      |   |
|                                                    | 臨床実習Ⅱ                        |      |   |
| 認定申請診療科<br><small>※本学の診療科を記入すること</small>           |                              | 実習週数 | 週 |
| 単位認定教員署名                                           |                              |      |   |

※実習修了証明書、実習評価表、留学報告書(1,600 字以上)を添付してください。

※以下は学務課から教員へ評価を依頼するため、空欄のまま提出してください。

記入日 年 月 日

|         |               |    |
|---------|---------------|----|
| 単位認定処理欄 | 評価            |    |
|         | 秀 ・ 優 ・ 良 ・ 可 | 不可 |