

| | | | | | | | | | | |
|---------|----|---------|------|------|---------|------|----|---------|--|-----|
| 公印種別 | 枚数 | 公印使用承認欄 | 医学部長 | 教務部長 | 医学部事務部長 | 教務課長 | 主査 | | | 担当者 |
| 医学部長印 | 枚 | | | | | | | | | |
| [. .] | | | | | | | | [. .] | | |

クリニカル・クラークシップB期間中の病院見学等許可願

年 月 日

愛知医科大学長 殿

学年次 _____ 学年

学籍番号 _____

氏 名 _____ 印

クリニカル・クラークシップB期間中に下記のとおり病院見学等を行いたいのので、許可くださるようお願いいたします。

記

| | | | |
|------------------|--|--------------|--|
| | | 実習科教授 承認印 | |
| 実習欠席日 | 年 月 日 () ~ 年 月 日 () | | |
| 実際の病院見学日 | 年 月 日 () ~ 年 月 日 () | | |
| 見学等希望 病院/診療科名 | ※2病院以上見学する場合は、すべての病院/診療科名を記載し、どの日にどの病院に行くのか分かるようにすること。 | | |
| 病院所在地 (都道府県) | | | |

《注意事項》

- ・ 許可願により許可された実習日については、出席したものとして取扱います。
- ・ 病院見学等は、診療科が認めた場合、1クールにつき2回（原則として1日。愛知県、岐阜県、三重県、静岡県は移動日含め連続した最大2日間、其他都道府県の場合は移動日含め連続した最大3日間）までとし、全クールを通して最大4回までとする。
- ・ 原則として、各クールの第2週目もしくは第3週目の中で病院見学を行うこと。
- ・ 必要事項を記入し、必ず当該実習科の教授及び担当教員と調整し、承認印を得た上で、希望するクールの実習初日の2週前の金曜日までに教務課へ提出すること。
- ・ 病院見学等終了後、速やか（1週間以内）に「クリニカル・クラークシップB期間中の病院見学等報告書」を教務課に提出すること。
- ・ 学外でのクリニカル・クラークシップB実施期間中における病院見学は認められません。
- ・ クリニカル・クラークシップBは、各診療科において、「卒後の初期研修を見据えた基本的な臨床能力を学習する」ことを目的とした重要な臨床実習です。そのため、実習の進行状況によっては必ずしも承認が得られない場合がありますので、見学等候補日を実習科と調整の上決定し、各自の判断で日程を決めないこと。

| | | | | | | | |
|--|---------|-------------|------|-----|---------|--|-----|
| | 教務部長 | 医学部 事務部長 | 教務課長 | 主 査 | | | 担当者 |
| | | | | | | | |
| | [. .] | | | | [. .] | | |

クリニカル・クラークシップB期間中の病院見学等報告書

年 月 日

愛知医科大学長 殿

学 年 次 _____ 学 年

学 籍 番 号 _____

氏 名 _____ 印

クリニカル・クラークシップB期間中に下記のとおり病院見学等を行ったので報告します。

記

【学生記入欄】

| | |
|------------------|-----------------------|
| 見学等希望 病院/診療科名 | |
| 日 程 | 年 月 日 () ~ 年 月 日 () |

【病院担当者記入欄】

| | |
|--------|---|
| 病院/所属名 | |
| 担当者氏名 | 印 |

《注意事項》

- ・ 病院見学等を行う際には報告書を持参し、病院担当者（担当医，事務担当者等）から署名・押印を受けること。
- ・ 報告書は病院見学等終了後1週間以内に教務課へ提出すること。報告書の提出により実習を出席したものとみなします。