

【実習先】

- 〇〇大学医学部
(University of 〇〇, School of Medicine)
- ①〇〇総合病院 (〇〇 General Hospital)
- ②〇〇大学病院 (University of 〇〇 Hospital)

コメント [教育支援係1]:

複数の病院で実習予定の場合は、それぞれの名称を記載してください。
(※以下の【実習期間】及び【実習内容】は、実習先が2ヶ所の場合の記載例を示しています。)

【実習期間】

- ①平成28年 5月 9日～5月27日 (3週間 (120時間))
- ②平成28年 5月30日～6月17日 (3週間 (120時間))

コメント [教育支援係2]:

実習期間は、学外臨床実習に係る所定時間数 (1日=8時間、1週間=平日5日として30日 (6週間) 分=240時間) を満たすよう注意してください。

【実習内容】

- 〇〇大学医学部の各病院にて、以下の実習を行う。
- ①救急科：問診、身体診察、気道確保、心肺蘇生、輸血治療、輸液管理など。
- ②血液内科：問診、身体診察、血液疾患の基本的治療、患者の全身管理など。

コメント [教育支援係3]:

実習予定の診療科を記載し、それぞれの実習予定内容を記載してください。

【評価方法】

本学様式の評価表の各項目について、指導医が評価記入。加えて〇〇大学医学部が発行する、修了証明書。

〇〇大学医学部が発行する、評価表および修了証明書。

評価内容は、以下のとおり。

- 1) 積極性や診療技能について
- 2) 対人関係及びコミュニケーションについて
- 3) 医学的知識について
- 4) 患者さんへの接し方について

コメント [教育支援係4]:

本学学外臨床実習用の評価表の英文版を用意していますので、原則として、実習修了後に、実習先の指導医等に当該評価表の各項目について評価を記入してもらってください。修了証明書 (実習先様式。実習期間の記載があることが望ましい。) についても、可能であれば発行してもらってください。

【受け入れ先の担当者】

- Dr. 〇〇〇〇 〇〇〇〇 (Professor, Elective program director)
- Mr. 〇〇〇〇 〇〇〇〇 (Electives Coordinator, Dean's Office)

コメント [教育支援係5]:

実習先に、本学様式の英文版評価表への記入を断られた場合等 (実習先によっては、断られることがあります。) は、実習先の様式で何らかの評価表を発行してもらってください。その場合、どのような項目について評価されるのか、事前に問い合わせたうえ、記載してください。

【志望理由】

私がかねてより海外での臨床実習を希望してきました… (300字程度) …以上の理由により、私は〇〇大学での臨床実習を希望します。

コメント [教育支援係6]:

指導医となる方の名前がわかればベストですが、わからない場合でも、プログラムの責任医の名前等は記載してください。

コメント [教育支援係7]:

志望理由については、特に字数指定はしませんが、300字程度以上であれば、結構です。