

年 月 日

学生の態度・行動に関する報告書

学生の態度・行動に関して、対応に苦慮した経験など、お気づきの点がございましたらご報告ください。

学生の学年・学籍番号・氏名

実習病院・診療科

実習期間 年 月 日 ～ 年 月 日

(内容)

所属

職種

名前

院内 PHS など連絡先

宛先： 滋賀医科大学学生課 (TEL : 077-548-2068・2069・2065 FAX : 077-548-2799)

住所： 〒520-2192 滋賀県大津市瀬田月輪町

※学生の態度・行動で気になる点があり、指摘しても変わらないようであれば、積極的に記入・提出いただくようお願いいたします。