学外機関が実施するFD研修への参加報告書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 所属： |  |  | 氏名： |  |
| 研修日： | 　　　　年　　月　　日 | ～ | 　　　　年　　月　　日 | （　　日間） |
| 研修会名： |  |
| 提出日： | 　　　　年　　月　　日 |  |

　研修会の内容、得た知識、得た知識の今後の活用等について、記入してください。

　また、参加票、開催案内等の参加が確認できるもののコピーを、添付してください。

|  |
| --- |
|  |

提出先：学生課学生企画係　hqgkikak@belle.shiga-med.ac.jp　　提出期限：研修会参加後１ヶ月以内

※以下は記入不要です。

　【上記報告書のFD研修の参加認定確認欄】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 承認者 | 医療人育成教育研究センター長 | 教育方法改善部門長 |
| 承認欄 | 承認　　・　　不承認 | 承認　　・　　不承認 |
| コメント |  |  |