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、参加申込書、開催案内等の参加の事実と研修内容が確認できるもの（コピー可）を、添付してください。

|  |
| --- |
|  |

提出先：学務課学生企画係　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 | 医学・看護学教育センター長 |
| 承認欄 | 承認　　・　　不承認 |
| 確認日 | 年　　　　　　月　　　　　　日 |
| コメント |  |