

臨床修練計画書及び承諾書

SAMPLE

PROGRAM OF ADVANCED CLINICAL TRAINING AND WRITTEN CONSENT

(Last) (First) (Middle) (Signature)

申請者氏名

Name of applicant Fill out your name and sign

国籍

(Nationality) Fill out your nationality

臨床修練を行おうとする病院・診療所名

Name of the hospital or clinic where advanced clinical training is to be carried out _____

費用負担者及び介在機関名

Sponsor and name of mediate organs
for deciding the above hospital

私費 ・ 国費 ・ その他

private・governmental・othe ← Please circle the applicable section

臨床修練を行おうとする分野 Field of emphasis of the advanced clinical training	臨床修練を行おうとする期間 Term of the advanced clinical training	臨床修練指導医の氏名 Name of the medical practitioner conducting advanced clinical training	修練計画内容 Details of plan for advanced clinical training
			We will fill out here. Please do not write anything.

臨床修練許可申請者 _____ に係る臨床修練を上記のとおり実施することを承諾する。

I hereby consent to the administration of the advanced clinical training of the applicant,
_____, as it is outlined above.

令和 年 月 日
(Date) Year Month Day

臨床修練指導医の氏名
Name of medical practitioners conducting advanced clinical training

Please do not write anything here.

印

印

印

裏面の注意書きを参照
See notes on reverse

病院・診療所の管理者
Director of hospital or clinic _____

印

臨床修練計画書及び承諾書

PROGRAM OF ADVANCED CLINICAL TRAINING AND WRITTEN CONSENT

(Last) (First) (Middle) (Signature)

申請者氏名
Name of applicant

国籍
(Nationality)

臨床修練を行おうとする病院・診療所名
Name of the hospital or clinic where advanced clinical training is to be carried

社会医療法人 禎心会
札幌禎心会病院

費用負担者及び介在機関名
Sponsor and name of mediate organs
for deciding the above hospital

私費 ・ 国費 ・ その他
private・governmental・others

臨床修練を行おうとする分野 Field of emphasis of the advanced clinical training	臨床修練を行おうとする期間 Term of the advanced clinical training	臨床修練指導医の氏名 Name of the medical practitioner conducting advanced clinical training	修練計画内容 Details of plan for advanced clinical training
脳神経外科		谷川 緑野	毎週月曜～金曜 朝検討会 (8:00-9:30) 毎日手洗い-助手として手術見学 (9:30-17:00) 術前・術後予想図及び所見 術後手術ビデオの編集 術後サマリー記録 血管吻合練習
脳神経外科			

臨床修練許可申請者 _____ に係る臨床修練を上記のとおり実施することを承諾する。
I hereby consent to the administration of the advanced clinical training of the applicant,
_____, as it is outlined above.

令和 年 月 日
(Date) Year Month Day

臨床修練指導医の氏名
Name of medical practitioners conducting advanced clinical training

谷川 緑野 印

印

印

裏面の注意書きを参照
See notes on reverse

病院・診療所の管理者
Director of hospital or clinic

院長 徳田 禎久 印

注意
Notes

1. かい書又はブロック体ではっきり記入すること。(Print clearly in block letters.)
2. 数字は、算用数字を用いること。(Use Arabic numerals.)
3. 固有名詞は、すべて正式な名称とし、一切省略しないこと。(Do not abbreviate any proper nouns.)
4. 臨床修練を複数の病院・診療所で行う場合は、それぞれ病院・診療所ごとの複数の調書、承諾書を提出すること。(Should the advanced clinical training be carried out in more than one hospital or clinic, present documents and written consent forms for each institution.)
5. 臨床修練を行おうとする分野は、診療科名、検査名などを記入のこと。(Enter, for example, the name of a clinical specialty or examination in the space where the field of emphasis in advanced clinical training is to be indicated.)
6. 一分野について複数の臨床修練指導医の指導を受ける場合は、全員の氏名を記載すること。(In a case in which instruction is to be received from more than one medical practitioner conducting advanced clinical training, enter the names of all of the practitioners.)
7. 修練計画内容は、臨床修練を行おうとする分野について、どういうことを学びたいのか、どういうふうに学びたいのか等を具体的に記載すること。(Regarding the details of the plan for advanced clinical training, denote explicitly what and in what manner you plan to study.)
8. 分野、計画内容について、表面に書ききれない場合は別添文書を提出。(Attach another sheet of paper if the field of emphasis and plan for advanced clinical training do not fit in the spaces indicated.)