

京都大学医学部 医学生臨床実習

出席表

ラウンド	第 ラウンド				
実習期間	月 日 から		月 日 まで		
学生番号	— —				
氏名					
病院名					
診療科名					
曜日	月	火	水	木	金
月日	月日	月日	月日	月日	月日
指導医 (サイン)					
月日	月日	月日	月日	月日	月日
指導医 (サイン)					

(遅刻・早退があれば、欄内に記入して下さい)

診療科での合否

<input type="checkbox"/> P	合格
<input type="checkbox"/> F	不合格

指導医署名 _____ 年 月 日

診療科長署名 _____ 年 月 日

コメント

本欄には、この学生について他の教員と共有しておいた方がよいことや医学教育・国際化推進センター／教務掛に報告しておいた方がよいことなどがあればお書きください。なお、将来医師になる上で不適切と思われる行動・態度があった場合は、アンプロフェッショナルな学生の評価でご報告いただきますようお願いいたします。

※学外病院の方へ

指導医署名欄にご署名の上「原本」は京都大学医学部教務課学部教務掛にお送りください。
(教務課経由で京大病院各診療科に転送されます)