

# イレクティブ出席表

期	第 期				
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)					
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)

指導医署名 \_\_\_\_\_ 年 月 日

## 【学生各位】

本出席表は「臨床実習(イレクティブ)評価表」と共に、指導医の署名を受けた上で、5期分をまとめて所定の期限までに教務課 学部教務掛まで提出してください。(詳細は、マニュアル「イレクティブ実習について」参照。)

## 【実習先病院・診療科のご担当者様へ】

本出席表は、**学生が大学に提出することとなっておりますので、実習後は学生にご返却ください。裏面もご記載ください。**