

修士課程 臨床体験プログラム

## 臨床体験希望票

学籍番号 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

所属教室 \_\_\_\_\_ 指導教授 \_\_\_\_\_

1) 以下の一覧から、希望する診療科を第 1 希望から第 3 希望まで選び、第一希望は1、第二希望は2、第三希望は3を記載してください。

内科学(リウマチ)		整形外科学		救急医学	
内科学(消化器)		形成外科学		臨床検査科	
内科学(神経)		小児科学		血液浄化・透析センター	
内科学(血液)		産婦人科学(婦人科)		内視鏡センター	
内科学(呼吸器)		眼科学		腫瘍センター	
内科学(腎内代)		皮膚科学		輸血・細胞医療センター	
内科学(循環器)		泌尿器科学		臨床遺伝学センター	
脳神経外科学		耳鼻咽喉科学			
外科学(小児)		精神・神経科学			
外科学(一般・消化器)		放射線科学(治療)			
麻酔学		放射線科学(診断)			
歯科・口腔外科学		リハビリテーション医学			

2) 1) で選択した診療科を希望した理由を記載してください。

3) 特に希望する内容があれば記載してください。(例: 頸部廓清の手術を見学したい、など)

提出締切日: 2019年 6月 27日(木) 17:00 まで  
提出先: 学生課レポートボックス