別紙様式（第５条関係）

年　　月　　日

島根大学医学部長 殿

　　　　　　　　　　　　（派遣大学医学部長）

　　　　印

島 根 大 学 医 学 部 臨 床 実 習 生 受 入 許 可 願

 貴学部において，下記のとおり臨床実習を受講したい旨の希望がありましたので，臨床実習生として受け入れを許可願います。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 実習期間 | 　　　年　　　月　　　日　～　　　年　　　月　　　日 |
| フリガナ |  | 学年 |  | 学籍番号 |  |
| 学生氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日　生 | 性別 |  |
| 現住所 | 〒 |
| 電話番号 | （携帯電話等連絡のつきやすい番号を記入してください） |
| E-mail |  |
| 連絡先（実家） | 保護者氏名〒住所TEL |
| 学生の指導教員氏名・職名及び連絡先 | 指導教員氏名・職名TEL |
| 備考 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 受入講座等の教授印 | 印 |