令和８年度熊本大学病院歯科医師臨床研修プログラム

へき地診療所見学記録シート（提出用）

提出日：　　年　　月　　日

研修歯科医氏名：

研修日：　　年　　月　　日

研修内容（具体的に記入してください。）：

指導歯科医　確認サイン：

指導歯科医　確認日：　　年　　月　　日

◎提出前チェック（下記項目の全てに✓がないと受け取れません。）

・個人情報を消去していますか？　はい □

総合臨床研修センター　受領日：

- 研修歯科医は、指導歯科医の先生からのサイン後、適宜、総合臨床研修センターへ提出してください。
- 指導歯科医の先生は、サインの際に、上記注意事項を遵守しているかどうか確認ください。
- 総合臨床研修センターでは、確認の上、臨床研修終了後５年間保存します。
- 提出に当たっては、***必ずコピーを各自保存***しておいてください。

2026/4.Ver