**令和７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。