

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。