**関西医科大学高度医療人育成制度に係る**

**臨床留学計画書**

年　月　日

関西医科大学　学長　殿

申請者　所属

職　氏名　　　　　　　　　　印

関西医科大学高度医療人育成制度に関する規程による援助を受けたく、申請いたします。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. 臨床留学目的： | | | | | |
| 1. 臨床留学期間：原則、当該年度内の出発日から１年以内   　　　　　　　　　　　　　自　　　　年　　月　　日　　～　至　　　　年　　月　　日 | | | | | |
| 延長になる場合等全臨床留学期間　自　　　　年　　月　　日　　～　至　　　　年　　月　　日 | | | | | |
| ３．臨床留学先 | 臨床留学先施設名称 |  | | | |
| 臨床留学所在地 |  | | | |
| 〃直属責任者名 |  | | | |
| 備考（海外の場合には最寄の空港名） |  | | | |
| ４．この臨床留学に関する給付の有無等について | 旅　費 | 有　・　無 | | 金額 |  |
| 滞在費 | 有　・　無 | | 金額 |  |
| 留学先からの給与等 | 有　・　無 | | 金額 |  |
| ５．旅費（航空運賃等）  国外の場合に記入。  50万円を上限とする。 | 往復運賃  　　大阪～　　　　　間 | | 旅費合計  円 | | |
| ６．留学計画（具体的に記入） | | | | | |

**関西医科大学高度医療人育成制度に係る臨床留学候補者推薦書**

年　月　日

関西医科大学　学長　殿

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 候補者 | 所属講座・診療科名 | |  |
| 氏　名 | |  |
| 職 | |  |
| 推薦理由 | | | |
| 推薦者　所属・職・氏名 | | 印 | |

**履歴書**

|  |  |
| --- | --- |
|  | 印  年 月 日 生 |
|  | (〒　　－　　　) |
|  |  |
|  |  |
| 専　 門　 医  （取得年度） | ※複数取得している場合は、臨床留学に関係する専門医名を記載すること |
|  |  |
| （海外留学を含む） |  |
|  |  |
|  |  |

**業績目録**

最近３年間に学術誌等に発表した論文、著書、学会発表のうち主要なものを選定し、現在から順に発表年次を過去に

遡り、通し番号を付して下さい。

* 論文題名（著者名及び共著者名）、発表誌、巻、初頁～終頁、年、IF
* 演題名、発表者及び共同発表者名、学会名、年月

|  |  |
| --- | --- |
| № |  |
|  |  |

**習得する診療技術・診療体制の内容と本学への貢献度**

|  |
| --- |
|  |