

大阪公立大学医学部附属病院 歯科臨床研修プログラム
医科研修レポート提出および履修状況確認表

歯科研修医氏名：	プログラム責任者：中原 寛和
----------	----------------

2年次	診療科名	研修開始時期	研修終了時期	研修指導責任者	研修指導医
選択研修 1 診療科		令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで		
選択研修 2 診療科		令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで		
選択研修 3 診療科		令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで		
選択研修 4 診療科		令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで		
		令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで		

【行動目標】	項目		レポート受領日	研修指導医	履修状況報告書
	①	全身麻酔症例の経験	年 月 日		年 月 日
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
	②	救命救急患者の経験	年 月 日		年 月 日
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
	③	外科症例の経験	年 月 日		年 月 日
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
	④	内科症例の経験	年 月 日		年 月 日
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		

歯科プログラム責任者	印
------------	---