

○宮崎大学医学部臨床実習学生の派遣及び受入れ規程

平成16年4月1日
制 定

改正 平成26年1月8日 平成31年3月20日
平成31年4月26日

第1章 総則

(趣旨)

第1条 宮崎大学医学部（以下「本学部」という。）のクリニカル・クラークシップⅠ及びクリニカル・クラークシップⅡ（以下「臨床実習」という。）に係る学生の派遣及び受入れに関しては、法令に別段の定めがあるもののほか、この規程の定めるところによる。

(定義)

第2条 この規程において、次の各号に掲げる用語の定義は、当該各号に定めるところによる。

- (1) 派遣臨床実習学生 本学部の医学科生で、学外施設（他の大学及び外国の大学の附属病院を含む。以下「学外施設等」という。）において、臨床実習を許可された者をいう。
- (2) 受入臨床実習学生 他の大学又は外国の大学（以下「他大学等」という。）の医学科生又は歯学科生で、本学部附属病院において、臨床実習を許可された者をいう。

(学外施設等との協議事項)

第3条 派遣臨床実習学生の派遣及び受入臨床実習学生の受入れにあたっては、あらかじめ医学部長（以下「学部長」という。）と学外施設等の長との間で、次に掲げる事項を協議するものとする。

- (1) 希望する実習の内容
- (2) 派遣先又は受入先実習責任者
- (3) 派遣又は受入れ学生数
- (4) 履修（単位）の認定
- (5) 実習の期間
- (6) 授業料、謝金等
- (7) その他必要な事項

第2章 派遣臨床実習学生

(派遣希望願出)

第4条 派遣臨床実習学生として、学外施設等で臨床実習を希望する者は、臨床実習派遣願（別紙様式1）を実習開始の1月前までに学部長に提出しなければならない。

2 前項の規定にかかわらず、授業科目担当教員が受け持つ臨床実習の一環として学外施設等に派遣される場合は、この限りではない。

(保険への加入)

第5条 派遣臨床実習学生として、学外施設等で臨床実習を履修しようとする者は、次の表の保険に加入していなければならない。

臨床実習の種類	保険の種類
クリニカル・クラークシップⅠ	学生教育研究災害傷害保険、
クリニカル・クラークシップⅡ	学研災付帯学生生活総合保険

(審査の委任)

第6条 学部長は、派遣又は受け入れの願い出があった時は、その審査を副学部長（教務担当）に委任するものとする。

(履修報告書等の提出)

第7条 派遣臨床実習学生は、臨床実習が終了したときは、次の表の書類を学部長に提出しなければならない。

臨床実習の種類	報告書等
クリニカル・クラークシップⅠ	クリニカル・クラークシップⅠ報告書
クリニカル・クラークシップⅡ	クリニカル・クラークシップⅡ自己評価表

(派遣学生の取消し)

第8条 学部長は、派遣臨床実習学生が次に掲げる各号の一に該当する場合は、当該学外施設等の長と協議のうえ、実習の許可を取り消すことができる。

- (1) 成業の見込みがないと認められるとき。
- (2) 当該学外施設等の規則等に違反する行為があると認められるとき。
- (3) 派遣臨床実習学生としてふさわしくない行為があると認められるとき。

第3章 受入臨床実習学生

(出願手続)

第9条 受入臨床実習学生として、本学部附属病院で臨床実習の履修を希望する者は、所属する他大学等の長を通じて、臨床実習学生受入願(別紙様式2)に次の書類を添付し、臨床実習開始の1月前までに、学部長に提出しなければならない。

- (1) 当該他大学等の長の推薦書
- (2) 第5条に定める保険に加入していることを証するもの。
- (3) その他本学が必要と認めるもの。

(審査結果の通知)

第10条 審査結果は、学部長が当該他大学等の長へ通知するものとする。

(履修証明書等)

第11条 学部長は、受入臨床実習学生が当該臨床実習を修了したときは、履修証明書等を交付するものとする。

(準用)

第12条 第10条の規定は、受入臨床実習学生に準用する。

附 則

この規程は、平成16年4月1日から施行する。

附 則

- 1 この規程は、平成26年4月1日から施行する。
- 2 改正後は、平成26年度以降に入学した者から適用し、平成25年度以前に入学した者については、なお従前の例による。

附 則

この規程は、平成31年3月20日から施行する。

附 則

この規程は、令和元年5月1日から施行する。

(別紙様式1)

年 月 日

医学部長 殿

臨床実習派遣願

学年 年 学籍番号 氏名

緊急連絡先 (電話番号)
(E-mail)

下記のとおり、
クリニカル・クラークシップ I の一環として学外施設で実習を行いたいので、
クリニカル・クラークシップ II

ご許可いただきたく願います。

記

実習希望施設名 ; _____

実習を希望する診療科名 ; _____

実習を希望する期間 ; _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日
() 日・週間

所在地 ; _____

連絡先 (TEL) ; _____ - _____

連絡担当者 ; (氏名) _____ (係等名) _____

その他補足事項 ; _____

(別紙様式2)

年 月 日

宮崎大学医学部長 殿

大学 学部

(職名)
(氏名)

(公印)

臨床実習学生受入願

このことについて、下記のとおり本学学生から貴学部附属病院において、臨床実習（クリニカル・クラークシップを含む）の一環として実習したい旨希望がありました。つきましては、ご配慮方よろしく申し上げます。

記

1. 臨床実習の種類 見学型臨床実習

クリニカル・クラークシップ（診療参加型臨床実習）

2. 実習希望診療科名 _____

3. 実習の時期及び期間 年 月 日 ~ 年 月 日
() 日 ・ 週間

4. 実習学生 学部 _____ 学科 _____ 学年 _____
氏名 _____ 性別 _____

5. 本人連絡先 (電話番号) _____
(E-mail) _____

6. 備考 _____

受入診療科長の確認印

印