

クリニカルクラークシップ

対象者 医学部5・6年生(学外臨床実習を許可された学生)
1週間～8週間程度の期間の実習を希望される方

STEP / 01

申込み 担当者宛に下記事項をMAIL



- [件名] 【大学名 氏名】 クリニカルクラークシップ(学外臨床実習) 申込について
[本文] 1. 氏名(かな)・性別
2. 大学名・学年
3. 希望診療科(1診療科のみ)
4. 希望時期(期間)
[添付] 大学の学外実習カリキュラムのPDF

▶回答期限がある場合、その旨を明記

《書類送付先/担当者》

〒350-1305 埼玉県狭山市入間川2-37-20

社会医療法人財団 石心会 埼玉石心会病院 医療秘書課 医師研修担当

TEL 04-2953-6611(代) / 04-2953-0909

MAIL initial-residents@saitama-sekishinkai.org

申込確認後、学外実習カリキュラム日程を検討し、受入れ可否を担当者からMAIL

STEP / 02

公文書送付 当院 病院長宛に下記書類を郵送



1. クリニカルクラークシップ依頼状(大学の学部長名の公文書)
2. 履歴書(写真貼付)
3. 見学実習申込書 ※当院書式
4. 個人情報の保護に関する誓約書 ※当院書式

《依頼状(公文書)の宛先》

社会医療法人財団 石心会 埼玉石心会病院 病院長 石井 耕士

依頼状(公文書)の院内決裁を経た後、承諾書を大学へ郵送
参加学生に、初日集合場所・持ち物等詳細をMAIL連絡

STEP / 03

クリニカルクラークシップ 開始



実習終了後、大学指定の「実習評価表」及び「実習修了報告書」を大学宛に郵送

診療科の都合により、ご希望に添えない場合があります
在籍大学との手続きが必要となりますので、余裕を持ってお申込みください