

京都大学医学部附属病院 受託実習生プログラム

京都大学医学部附属病院は次の実習プログラムによる見学実習生を募集します。

1. プログラムの名称
放射線学生見学実習
2. 診療部名
放射線部
3. 実習コース名 : 目的、特色、特徴

卒前コース : 見学
学生時代に臨床実習病院以外の臨床現場を見学することは、新たな発見もあり非常に重要である。当院のCT、MR、撮影・造影、放射線治療、RIの各部門における最先端の放射線医療技術を見学し知識を高めるとともに、将来の専門職としての進路目標の材料を提供する。
4. 実習プログラムの内容
実習期間に合わせ放射線部の各部門を見学実習する。
5. 受講対象者
診療放射線技師養成校の学生等
6. 募集人数
若干名/年、通年
7. 実習期間
2日～5日
8. 実習時期
実習部門との調整が必要ですので、別途相談
9. 応募期間
随時
10. 見学実習料
一人につき日額 2,000円
11. 申請書類
見学申請書(公印を押印のこと)、誓約書
12. 出願書類提出先・問い合わせ先

〒606-8507 京都市左京区聖護院川原町5-4
京都大学医学部附属病院 総合臨床教育・研修センター 宛
TEL: 075-751-4839
FAX: 075-751-3091
13. 担当者氏名 : 田中 龍蔵、中田 学、木下 順一、谷口 正洋、川瀬 滋人、小泉 幸司

見学申請書

平成 年 月 日

京都大学医学部附属病院長 殿

申請者
(所在地)

(機関名称)

(代表者職名・氏名)



下記のとおり京都大学医学部附属病院受託実習生内規第2条の規定に基づき見学実習の委託を申請します。

記

見学内容及び目的	
見学期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 (日間)
(フガナ) 見学生氏名	