平成 27 年度 M5 診療参加型臨床実習
学生による臨床実習の評価

病院名

診療科

実習期間　　月　　日　～　　月　　日

出席番号　　学生氏名

1. この科の臨床実習でよかった点を書いて下さい.

2. この科の臨床実習で改善した方がいいと思う点について書いて下さい.

3. この科の Best Teacher をあげて下さい.

4. 点数をつけるとしたら、この科の臨床実習は 100 点満点中何点ですか？

　　点

5. 最後に一言お願いします.

※実習最終日から１週間以内に学務課前 BOX または臨床講堂 BOX へ提出して下さい。