実習概要確認書

［４.４］

1. 実習期間　　元号　　年　　月　　日（　　）　～　元号　　年　　月　　日（　　）

　　　　　　　　休診日　　　　　　　　　　　　（曜日）

1. 実習時間　　平日　　　　時　　分　～　　　時　　分

　　　　　　土曜　　　　時　　分　～　　　時　　分

　　　　　　　曜　　　　時　　分　～　　　時　　分

　　　　　　昼休憩　　　時　　分　～　　　時　　分

1. 実習生　　○○○○学科　○年　　　○○　○○（個人票添付）
2. 実習内容　　・患者応対、電話応対

　　　　　　・患者登録、保険登録

　　　　　　・新患カルテ作成、カルテ整理

　　　　　　・薬の受け渡し、院外処方せんの交付

　　　　　　・会計業務

　　　　　　・レセプト関連業務

　　　　　　・検査、レントゲン、CT等施設内見学　等

　　　　　　　※事前確認（依頼書等）の内容を記載

1. その他　（１）今後、打ち合わせ等につきまして、学生よりご連絡させていただ

きます。

　　　　　　　（２）期間中実習日誌を毎日学生が記入しますので、お手数ですが出欠の確認印とコメントの記入をお願いします。

　　　　　　　（３）期間中、担当教員が訪問させていただきますので、お気づきの点　　　　　　　　　　　　　等お教えいただければ幸いです。

　　　　　　　（４）実習終了後実習評価表の記入、送付をお願いします。

1. 緊急連絡先　　○○○○専門学校　　TEL：○○○－○○○－○○○○

　　　　　　　　　　　担当：○○　○○（携帯：○○○－○○○○－○○○○）

　　　　　　　　　　　　　　○○　○○（携帯：○○○－○○○○－○○○○）