

学外実習の予定があり、称号付与する予定もある場合の記入例

※様式①～③をご提出ください。(新規の場合は、その他必要書類あり)

臨床教授等称号付与申請書

分野名: ●●学

担当教員名: 鳥大 太郎

(問い合わせ先)

氏名: 田中 花子

電話番号: 内線〇〇〇〇

※該当する場合□にチェックを入れてください。

学外実習の予定なし、学内の称号付与予定者なし(分野名・氏名のみ記入し提出をお願いいたします)

1. 実習施設

|                                     |             |           |
|-------------------------------------|-------------|-----------|
| 代表者<br>所属                           | (住所)        | 米子市〇〇町321 |
|                                     | (医療機関・施設等名) | 〇〇病院      |
| 代表者<br>氏名                           |             | 〇〇 次郎     |
| 実習先<br><small>(上記と異なる場合に記入)</small> | (住所)        |           |
|                                     | (医療機関・施設等名) |           |

2. 診療科名(実習先が診療科の場合のみ記入) 消化器外科

3. 称号付与期間 2024年 4月 1日 ~ 2025年 3月 31日

4. 臨床教授等の称号付与予定者(2023年4月時点で、原則として満75歳以下の者に限る)

※学内講義室等での指導計画が「有」の場合は、別途、[非常勤講師としての任用手続きが必要](#)です。「有」の場合は手続きが必要

| 氏名    | 称号   | 指導予定の授業科目 | 臨床経験年数<br>(称号付与時点) | 称号付与の<br>要否 | 学内講義室等<br>での指導計画 |
|-------|------|-----------|--------------------|-------------|------------------|
| 〇〇 洋子 | 臨床教授 | 臨床実習Ⅱ     | 満 16 年             | 要・否         | 有・無              |
|       |      |           | 満 年                | 要・否         | 有・無              |
|       |      |           | 満 年                | 要・否         | 有・無              |
|       |      |           | 満 年                | 要・否         | 有・無              |
|       |      |           | 満 年                | 要・否         | 有・無              |
|       |      |           | 満 年                | 要・否         | 有・無              |

☆参考(必要な臨床経験年数)

| 称号    | 臨床経験年数 |       |
|-------|--------|-------|
|       | 医師免許有  | 医師免許無 |
| 臨床教授  | 15年～   | 20年～  |
| 臨床准教授 | 10年～   | 15年～  |
| 臨床講師  | 5年～    | 10年～  |

※欄が不足する場合は適宜追加のうえご作成ください。

様式①

学外実習の予定はあるが、称号付与する予定はない場合の記入例

※様式①～③をご提出ください。

臨床教授等称号付与申請書

分野名: ●●学

担当教員名: 鳥大 太郎

(問い合わせ先)

氏名: 田中 花子

電話番号: 内線〇〇〇〇

※該当する場合□にチェックを入れてください。

□ 学外実習の予定なし、学内の称号付与予定者なし(分野名・氏名のみ記入し提出をお願いいたします)

1. 実習施設

Table with 2 columns: 代表者所属 (住所, 医療機関・施設等名) and 代表者氏名. Includes fields for 実習先 (住所, 医療機関・施設等名).

2. 診療科名(実習先が診療科の場合のみ記入)

3. 称号付与期間 2024年4月1日 ~ 2025年3月31日

4. 臨床教授等の称号付与予定者(2023年4月時点で、原則として満75歳以下の者に限る) ※学内講義室等での指導計画が「有」の場合は、別途、非常勤講師としての任用手続きが必要です。

Table with 6 columns: 氏名, 称号, 指導予定の授業科目, 臨床経験年数(称号付与時点), 称号付与の要否, 学内講義室等での指導計画. Includes entry for 正美 and 〇〇学実習 I.

☆参考(必要な臨床経験年数)

Table with 3 columns: 称号, 臨床経験年数 (医師免許有, 医師免許無). Lists requirements for 臨床教授, 臨床准教授, and 臨床講師.

※欄が不足する場合は適宜追加のうえご作成ください。

附属病院の看護(副)部長、検査部(副)技師長に称号付与する予定がある場合の記入例

※様式①～③をご提出ください。(新規の場合は、その他必要書類あり)

**臨床教授等称号付与申請書**

分野名: ●●学

担当教員名: 鳥大 太郎

(問い合わせ先)

氏 名 : 田中 花子

電話番号 : 内線〇〇〇〇

※該当する場合□にチェックを入れてください。

学外実習の予定なし、学内の称号付与予定者なし(分野名・氏名のみ記入し提出をお願いいたします)

1. 実習施設

|                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| 代表者<br>所属                           | (住所)  |
|                                     | (医療機関・施設等名)<br><p style="text-align: center; color: red;">鳥取大学医学部附属病院</p> |
| 代表者<br>氏名                           |   |
| 実習先<br><small>(上記と異なる場合に記入)</small> | (住所)  |
|                                     | (医療機関・施設等名)   |

2. 診療科名(実習先が診療科の場合のみ記入) 看護部

3. 称号付与期間 2024年 4月 1日 ~ 2025年 3月 31日

4. 臨床教授等の称号付与予定者(2023年4月時点で、原則として満75歳以下の者に限る)  
※学内講義室等での指導計画が「有」の場合は、別途、非常勤講師としての任用手続きが必要です。

| 氏 名   | 称 号  | 指導予定の授業科目 | 臨床経験年数<br>(称号付与時点) | 称号付与の<br>要否 | 学内講義室等での<br>指導計画 |
|-------|------|-----------|--------------------|-------------|------------------|
| ●● ▲▲ | 臨床教授 | □□学実習Ⅱ    | 満 21 年             | 要・否 (要)     | 有 (無)            |
|       |      |           | 満 年                | 要・否         | 有・無              |
|       |      |           | 満 年                | 要・否         | 有・無              |
|       |      |           | 満 年                | 要・否         | 有・無              |
|       |      |           | 満 年                | 要・否         | 有・無              |
|       |      |           | 満 年                | 要・否         | 有・無              |

☆参考(必要な臨床経験年数)

| 称号    | 臨床経験年数 |       |
|-------|--------|-------|
|       | 医師免許有  | 医師免許無 |
| 臨床教授  | 15年～   | 20年～  |
| 臨床准教授 | 10年～   | 15年～  |
| 臨床講師  | 5年～    | 10年～  |

↑  
附属病院は「学内講義室等」には含まれません

※欄が不足する場合は適宜追加のうえご作成ください。

様式①

学外実習の予定がなく、附属病院の看護(副)部長、検査部(副)技師長に称号付与する予定もない場合の記入例

※本申請書(様式①)のみご提出ください。

### 臨床教授等称号付与申請書

分野名: ●●学

担当教員名: 鳥大 太郎

(問い合わせ先)

氏名: 田中 花子

電話番号: 内線〇〇〇〇

※該当する場合口にチェックを入れてください。

学外実習の予定なし、学内の称号付与予定者なし(分野名・氏名のみ記入し提出をお願いいたします)

#### 1. 実習施設

|                      |             |
|----------------------|-------------|
| 代表者<br>所属            | (住所)        |
|                      | (医療機関・施設等名) |
| 代表者<br>氏名            |             |
| 実習先<br>(上記と異なる場合に記入) | (住所)        |
|                      | (医療機関・施設等名) |

2. 診療科名(実習先が診療科の場合のみ記入) \_\_\_\_\_

3. 称号付与期間 2024年4月1日 ~ 2025年3月31日

4. 臨床教授等の称号付与予定者(2023年4月時点で、原則として満75歳以下の者に限る)  
※学内講義室等での指導計画が「有」の場合は、別途、[非常勤講師としての任用手続きが必要](#)です。

| 氏名 | 称号 | 指導予定の授業科目 | 臨床経験年数<br>(称号付与時点) | 称号付与の<br>要否 | 学内講義室等<br>での指導計画 |
|----|----|-----------|--------------------|-------------|------------------|
|    |    |           | 満 年                | 要・否         | 有・無              |
|    |    |           | 満 年                | 要・否         | 有・無              |
|    |    |           | 満 年                | 要・否         | 有・無              |
|    |    |           | 満 年                | 要・否         | 有・無              |
|    |    |           | 満 年                | 要・否         | 有・無              |
|    |    |           | 満 年                | 要・否         | 有・無              |

☆参考(必要な臨床経験年数)

| 称号    | 臨床経験年数 |       |
|-------|--------|-------|
|       | 医師免許有  | 医師免許無 |
| 臨床教授  | 15年～   | 20年～  |
| 臨床准教授 | 10年～   | 15年～  |
| 臨床講師  | 5年～    | 10年～  |

※欄が不足する場合は適宜追加のうえご作成ください。