担任	学校実習担当	臨床実習講師

臨　床　実　習　補　習　願

令和　　年　　月　　日

歯科医院名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

院長名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿先生

学籍番号　No　　―＿＿＿＿＿＿

学生氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

私は、下記の理由により、実習の補習を受けさせていただきたくお願いします。

欠課日	欠課時間	欠課理由等	補習日時	補習時間
/　(　)			/　(　)	
/　(　)			/　(　)	
/　(　)			/　(　)	
/　(　)			/　(　)	
/　(　)			/　(　)	
/　(　)			/　(　)	
/　(　)			/　(　)	

※ 臨床実習講師の押印後、学生は→学校実習担当へ提出→担任保管