「創薬・育薬特別実習」の単位認定申請書

年　　月　　日

薬学系長　　殿

研 究 科 　　医歯薬科学研究科

課程・専攻

学生番号

氏　　名

指導教員

 　　　※単位相当の適切な活動であることを確認して署名してください

下記科目の単位認定を希望しますので，関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 授業科目名 | 単位数 | 対象 | いずれかに○印 |
| 創薬・育薬特別実習１ | １ | 国内外における実践的活動 |  |
| 創薬・育薬特別実習２ | ２ | 国内外における実践的活動 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受入機関等名称 | 活動日程 | 受入担当者 | 活動場所 |
|  |  |  |  |

内訳

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 内容 | 具体的に記載 | 時間 |
|  |  |  |
|  |  | 合計 時間Total 　hours |

* インターンシップ等実践的活動行為を確認できる証拠書類（誓約書，受入れ担当者発行書類など），会議での発表行為を確認できる証拠書類（学会の要旨集，ネームプレートなど）を必ず添付してください。