演　習　レ　ポ　ー　ト

学籍番号　　　　　　　　　　　氏名

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 研修年月日 | | | 研修内容、担当講師名 | 時　間 |
| 年 | 月 | 日 | 研修場所 |
|  |  |  |  | ：　　～　　： |
| （　　　　　　）時間 |
|  |

１．具体的研修内容

２．習得事項（医療人を目指すうえで役立ったこと，自分に起きた変化など）

３．感想，その他