

実習中止・中断・延期等報告書：施設用

記載日：平成 年 月 日

記載者所属： _____ 記載者氏名： _____

トラブルの分類 番号を○で囲む	1. 実習中止 2. 実習中断 3. 実習延期 4. その他
トラブル発生時期	平成 年 月 初旬・中旬・下旬 (○で囲む)
トラブルの対象 (大学と実習生)	大学名 () 学生名 ()
トラブル発生源 番号を○で囲む、複数可	1. 実習生 2. 大学教員 3. 指導薬剤師 4. その他の薬剤師 5. 施設 6. その他 ()
トラブルの経緯：	
トラブルへの対応と経過：	
トラブルの原因として考えられること：	
再発防止のための提案：	