

<ポートフォリオ>

※自験実施日の翌日、17時30分までに担当医の所属講座へ提出

班 番号

担当医 : 歯科クリニック・大学病院

氏名

科 () 科 ()

ID :

実地日 : 20 年 月 日 () : ~ :

口腔内所見・エックス線所見・症状等を詳細に記載すること（表・図を使用してもよい）

口
腔
内
情
報

