

고려대학교 의과대학

국제교류 프로그램 안내서

Student Guide for International Exchange Program



고려대학교 의과대학

목 차

I. 의과대학 소개	2
II. 국제교류 프로그램	3
III. 교과목 안내	6
IV. 협정교 목록.....	8
V. 제출 서류 서식	9
1. 해외 실습 신청서 (협정교).....	9
2. 해외 실습 신청서 (비협정교/U21).....	10
3. 영문 CV 예시.....	11
4. Motivation Letter 예시.....	12
5. Medical Global Leadership 장학금 신청서.....	13
6. 자기 계발 계획서.....	14
7. 해외실습 경험보고서.....	15
8. 전공탐색 실습 신청서.....	16
9. 해외 실습 계획서.....	17
10. 결과 보고서.....	18
11. 해외기관 지도교수 평가서.....	20

I. 의과대학 소개

의과대학 사명

전문성, 창의성, 윤리의식을 갖추고 인류 복지와 발전을 선도하는 리더를 양성한다.

세부사명 1.

기본진료 역량을 갖추고, 전문성을 평생 개발하는 의사를 양성한다.

세부사명 2.

다양한 학문분야와 소통하고 융합하며, 의생명과학을 선도하는 창의적 연구를 수행한다.

세부사명 3.

윤리의식을 바탕으로 생명존중과 사람중심의 가치를 실현하고, 세계의학발전을 선도한다.

의과대학 교육목적

고려대학교 의과대학은 자유·정의·진리의 교육이념을 바탕으로 윤리의식, 전문성, 리더십을 갖춘 인재를 양성한다

의과대학 교육목표

- 성숙한 윤리의식에 기초하여 생명의 존엄성과 건강을 수호하는 의사
- 최선의 진료와 창의적 연구를 수행하는 전문가
- 세계시민정신을 갖추고 보건의료와 사회발전에 기여하는 지도자

II. 국제교류 프로그램

1. 목적

우리대학의 사명인 인류복지와 발전을 선도하는 리더가 될 수 있도록, 학생의 관심과 사과의 폭을 확장하며 다양한 경험을 통하여 예비 의료인으로서 국제적 경쟁력을 촉진하는 것이 목적이다. 즉, 프로그램에 참여한 학생들이 다양한 나라의 의료체계와 환경을 파악하고 기초연구 및 임상실습을 통하여 학습을 심화하며 타 문화에 대한 경험을 통하여 국제적 감각을 익히며 전문직업성을 함양하는 것을 구체적인 목표로 한다.

2. 대상

의과대학 재학생

3. 유형

가. 교과 외 프로그램 (방학 및 휴가 기간)

해외 학회 참여, 기초 및 임상 의학 실습, 봉사활동 등 전학년 재학생이 정규 교육 과정이 아닌 방학(휴가)기간에 해외에서 수행하는 교과 외 활동으로 학점을 취득하지 않는다.

나. 교과 내 프로그램 (학기 중)

의학과 4학년의 전공탐색 및 선택임상실습 기간에 수행하는 기초 및 임상 의학 실습. 학점을 취득하는 정규 교육 과정으로 우리 대학이 인정하는 교육기관 또는 교육 프로그램에서 수행되는 실습만 해당된다. 협정교 지원자 선발과 비협정교 지원에 대한 승인은 학생이 제출한 서류를 바탕으로 학생국제교류위원회에서 심의하여 결정한다.

구분	교과목명	학년	학점 취득	실습 가능 시기	재정지원
교과 외	-	전체	해당 없음	방학 또는 휴가 기간	MGL 장학금
교과 내	전공탐색 I, II	본4	2주 - 2학점	해당 교과 기간 내	해외실습지원금
	교외임상실습 I, II		4주 - 4학점		

4. 신청 방법

매년 6월 중 공지되는 해외 실습 신청 안내문을 확인하여 아래의 세가지 서류를 학사지원부 교류협력 담당자에게 제출한다. 협정교와 비협정교 중복 지원이 가능하며, 실습 기관 및 기간이 미정인 경우에는 대략적인 기간과 희망하는 기관 전부를 기재한다.

- 가. 해외 실습 신청서 [서식 1] 또는 [서식 2]
- 나. 영문 CV (자유형식) [서식 3] 참조
- 다. Motivation Letter (자유형식) [서식 4] 참조

5. 재정 지원

가. Medical Global Leadership Program (MGL) 장학금 (교과 외 프로그램)

1) 지급 상한액 기준

지역	미국/캐나다	유럽	호주	싱가포르	일본	기준
항공료	140만원	120만원	100만원	80만원	60만원	한도 내 실비 지원
참가비	60만원					

- 2) 지역에 따른 상한액 내에서 프로그램 참가비 및 항공료 (일반석) 실비를 지원한다.
- 3) MGL 장학금은 재학기간 내 최대 2회까지 수혜 가능하며, 동일 학년 내에서는 1회로 제한한다.
- 4) 프로그램 종료 후 2주 이내 보고서를 제출하고 장학금 수여식에서 발표해야 한다.
- 5) 상한액 기준은 변동될 수 있으며 자세한 내용은 매 학기 MGL 장학금 공지를 참조한다.

나. 해외 실습 지원금 (교과 내 프로그램)

1) 지급 상한액 기준

지역	미주, 유럽, 호주	싱가포르	아시아 (싱가포르제외)
상한액	100만원	80만원	50만원

- 2) 상한액내에서 항공료 (일반석) 실비 및 실습에 반드시 필요하다고 인정되는 경비를 지원한다.
 - 학생국제교류위원회에서 학생의 신청서를 심의하여 지원금 인정 범위와 지원 여부를 결정한다.
 - 단, 식비, 숙박비 등의 생활비는 지원 대상에 포함되지 않는다.
- 3) 매년 지원 인원에 따라 상한액이 조정될 수 있다.
- 4) 실습 종료 후 2주 이내 서류 미제출 시 재정 지원 및 학점 취득에 불이익을 받을 수 있다.

다. 공통사항

1) 신청방법

구분 시기	MGL 장학금 (학사지원부 장학)	해외실습지원금 (학사지원부 교류)
실습 전 (MGL: 4월, 10월) (해외실습지원금: 6월)	1. Medical Global Leadership 장학금 신청서 [서식 5] 2. 자기계발 계획서 [서식 6] 3. 소득관계서류 (희망자만 제출)	1. 해외실습신청서 [서식 1] / [서식 2] 2. 영문 CV (자유형식) [서식 3] 참조 3. Motivation Letter (자유형식) [서식 4] 참조
실습 후 (실습 종료 후 2주 이내)	1. 결과보고서 (자유양식) 2. 소감문 (자유양식) 3. 영수증	1. 해외실습 경험보고서 [서식 7] 2. 보딩패스, 이티켓, 영수증

2) 지급시기: 프로그램 참여 후 2주 이내 보고서와 영수증 제출이 완료되어야 지원금을 지급한다.

3) 주의사항

- 항공료 및 참가비 총액이 상한액 초과 시 상한액까지만 지급한다.
- 교과 외 프로그램과 교과 내 프로그램을 같은 장소에서 연속된 기간에 신청할 경우 해외실습지원금만 신청 가능하다. (예를 들어 한 기관에서 4주간 실습할 때 2주는 방학, 2주는 학기 기간에 해당된다면 MGL 장학금을 신청할 수 없다.)
- 해외실습과 관련해 교내외 장학금을 받는 학생은 해외실습지원금을 중복수혜할 수 없다.

4) 문의

- 학사지원부 장학 (02-2286-1122 / lmj9683@korea.ac.kr)
- 학사지원부 교류 (02-2286-1131 / mimiandami@korea.ac.kr)

III. 교과목 안내

의학과 4학년이 전공탐색 및 선택임상실습 기간에 수행하는 기초 및 임상 의학 실습을 통해 학점을 취득하기 위해서는 해당 실습이 우리 대학이 인정하는 교육기관 또는 교육 프로그램에서 이루어져야 한다.

1. 유형

과정명	개설 시기	구분	학점	기간	실습기간
MEDI441 전공탐색 I	4학년 1학기	전공 필수	2	2주	1 ~ 2월 중 (실습기간은 매해 변경될 수 있음. 해당년도 전공탐색 기간에 따름)
MEDI443 전공탐색 II			2	2주	
MEDI445 교외임상실습 I		전공 선택	2	2주	2 ~ 6월 중 (실습기간은 매해 변경될 수 있음. 해당년도 선택임상실습 기간에 따름)
MEDI447 교외임상실습 II			2	2주	

2. 평가 방법

과정명	평가방법	평가 기준 및 비율
MEDI441 전공탐색 I	Pass/Fail	① 해외기관 지도교수 평가서 60% [서식 11] : 실습 종료 시 귀국 전에 해외실습기관의 책임교수에게 학생이 직접 받아 학교에 제출 ② 결과보고서(학생이 작성) 20% [서식 10] ③ 평가 발표회 20%
MEDI443 전공탐색 II		
MEDI445 교외임상실습 I	Grade	① 해외기관 지도교수 평가서 60% [서식 11] : 실습 종료 시 귀국 전에 해외실습기관의 책임교수에게 학생이 직접 받아 학교에 제출 ② 결과보고서(학생이 작성) 20% [서식 10] ③ 평가 발표회 20% (6~7월중)
MEDI447 교외임상실습 II		

3. 주의 사항

가. 해외실습은 4학년 전체 실습 과정 중 4주를 초과할 수 없다. 즉, 전공탐색Ⅰ, 전공탐색Ⅱ 과목에서 해외실습을 4주 신청했다면 선택임상실습기간에 해외실습을 추가로 신청할 수 없다.

나. 학점을 취득하기 위해서는 ①실습신청서 접수기간에 서류를 제출하고, ②수강신청기간에 수강신청을 완료하며 ③평가발표회에서 결과보고서를 발표해야 한다. 세 가지 조건 중 하나라도 충족되지 않으면 학점을 인정받을 수 없다.

다. 전공탐색Ⅰ,Ⅱ와 교외임상실습Ⅰ,Ⅱ 수강신청의 예시

조합 예시	과목 조합 내용		가능 여부	참고
	전공탐색Ⅰ,Ⅱ(4주)	교외임상실습 (16주 중 4주)		
1	해외실습 이외 다른 유형으로 4주 선택	해외실습 4주 선택	가능	
2	해외 실습 2주 선택	해외실습 2주 선택	가능	
3	해외 실습 2주 선택	해외실습 4주 선택	불가능	해외실습 4주 초과

2. 신청방법

		전공탐색	교외임상실습
제출처		의학교육센터	학사지원부
제출서류	실습전	전공탐색 실습신청서 [서식 8]	해외실습 계획서 [서식 9]
	실습후	해외실습 계획서 [서식 9] 결과보고서 [서식 10] 해외기관지도교수평가서 [서식 11]	결과보고서 [서식 10] 해외기관지도교수평가서 [서식 11]
신청기간		11월 중	11월 중
문의		02-2286-1101 / hlkim@korea.ac.kr	02-2286-1131 / mimiandami@korea.ac.kr

IV. 협정교 목록*

기관	지역	인원	기숙사	홈페이지
The Chinese University of Hong Kong	홍콩	2	X	https://www.med.cuhk.edu.hk/study/prospective-students/visiting-students/programme
Hokkaido University	일본	2	O	https://www.med.hokudai.ac.jp/en/graduate/international.html
Ludwig Maximilian University of Munich	독일	1	X	https://www.en.uni-muenchen.de/about_lmu/contact/int_office/index.html
Nagoya University	일본	2	O	https://www.med.nagoya-u.ac.jp/intlexch/english/abroad/overseas.html
National University of Singapore	싱가포르	5	O	https://inetapps.nus.edu.sg/scep/default.aspx
National Taiwan University	대만	2	O	https://www.mc.ntu.edu.tw/med/Fpage.action;jsessionid=5168450A1D1D8DAF7DBDF7FDBEBEDA58?muid=15&fid=649
Sapporo Medical University	일본	2	O	https://web.sapmed.ac.jp/e/about/uh1lbo00000018f.html
Universitas21 Health Sciences Group*	8 개국	3~10	해당대학 문의	http://u21health.org/medical-clinical-placement
University of California, Irvine**	미국	3	X	https://www.meded.uci.edu/curricular-affairs/course-catalog.asp

* 코로나 19 의 확산으로 인해 협정교의 실습 가능 여부는 확정되지 않았으며, 추천인으로 선발되더라도 추후 해당기관 및 우리학교의 사정에 의해 실습이 변경되거나 취소될 수 있습니다.

** U21 지원자는 해당대학에서 선발하므로 [서식 2] 해외실습신청서 (비협정교/U21) 제출

*** UCI 는 2020 학년도 기준 application fee 300 USD, tuition fee 주당 600 USD 를 납부

V. 제출 서류 서식

[서식1]

해외 실습 신청서 (협정교)

학생정보	이름	(영문)		
	생년월일		학번	
	주소			
	휴대폰		이메일	
	보호자 연락처	관계:		
희망 실습 기간		교과목	전공탐색 I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> 교외임상실습 I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> 비교과 <input type="checkbox"/> (해당 사항에 모두 체크하세요)	
희망 실습 대학	순위	기관명		
	1지망			
	2지망			
	3지망			
학점 (의학과 누계)		어학능력	종류:	점수:
국제교류 프로그램 참가경험	내용			
	기간	(교내 / 교외)		
지원금	MGL 장학금 <input type="checkbox"/> 해외실습지원금 <input type="checkbox"/> 해당 없음 <input type="checkbox"/>			

년 월 일

지원자: (서명)

[서식 2]

해외 실습 신청서 (비협정교/U21)

학생정보	이름	(영문)		
	생년월일		학번	
	주소			
	휴대폰		이메일	
	보호자 연락처	관계:		
희망 실습 기간		교과목	전공탐색 I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> 교외임상실습 I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> 비교과 <input type="checkbox"/> (해당 사항에 모두 체크하세요)	
희망 대학교 및 프로그램	희망하는 실습 기관을 모두 쓰고 기관 및 프로그램 내용에 대한 간략한 소개를 적어주세요.			
지원금	MGL 장학금 <input type="checkbox"/> 해외실습지원금 <input type="checkbox"/> 해당 없음 <input type="checkbox"/>			

년 월 일

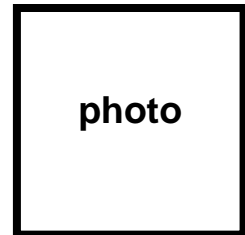
지원자: (서명)

NAME

Address
Phone
E-mail

PROFILE

Self-description. Briefly state your career objective, or summarize what makes you stand out.



EDUCATION

- M.D. | Korea University College of Medicine (DATES FROM-TO)
GPA, awards, honors, scholarship, or summary of the coursework

EXPERIENCE

- Research Assistant | Korea University College of Medicine
DATES FROM – TO
Describe your responsibilities and achievements in terms of impact and results.
- Clinical Attachment | Department, Hospital
DATES FROM – TO
Describe your responsibilities and achievements in terms of impact and results.

RESEARCH & PUBLICATIONS

-
-

ACTIVITIES

- Leadership
- Volunteering & Community Services
- Conference & Symposiums
- License & Certifications
- Other extracurricular achievements

[서식 4] Motivation Letter 예시

Name

E-mail

Date

Dear Sir/Madam

I am writing to express my interest in the visiting student clinical clerkship at Nagoya University, Graduate School of Medicine. Specifically, I would like to experience clinical clerkship at the Pediatric Surgery department and Plastic and Reconstructive Surgery department.

While facing lots of patients and lots of situations in the hospital I came to think that having diverse experience in this field might be very helpful in the future in order to be a good physician. By saying diverse experiences, it can mean a lot, but I thought that meeting students and doctors from a similar but different country Japan might be an excellent experience for me. I consider this student exchange program a vibrant chance for me to learn things that I can't learn in Korea, and a chance to meet great professors, doctors, and students in Japan. While learning clinical medicine at Korea University, I developed a keen interest in surgery part of the clinical practice. Especially minute and precise surgical practice caught my attention, and I found that the world of microscopic surgery was fascinating. I have not yet experienced enough the Plastic and Reconstructive Surgery department in my school, and Pediatric surgery isn't as actively done in the hospital. So I wanted to experience pediatric surgery in Nagoya university hospital, as it has the only graduate course in the Tokai area. For the Plastic and Reconstructive Surgery department, this part is my most favorite and interesting department and I want to learn and observe the spectrum of the patients coming to the hospital and how systemically it differs from our hospital.

Studying and experiencing medicine for 1 month at Nagoya University is an opportunity I would love to dedicate myself wholeheartedly. I am convinced that it will be a great experience for me and I will learn as much as possible from great surgeons and students during the stay.

Yours sincerely,

Name

[서식 5]

Medical Global Leadership 장학금 신청서

인적사항	학과/년		학번	
	성명			
	연락처	주 소		
		전화번호		
		이메일		
보호자 연락처				
신청 프로그램	프로그램명	국가 :		
	필요경비	원 (\$)) 추가 지원 (O, X)		
	프로그램 담당자	운영기관 :	담당자 :	
		전화:	e-mail:	
	프로그램 개요			
활동 목적				
첨부 서류	<p>1. 소득관계 서류(글로벌 리더십) : 희망자만 제출(교외장학금 신청 서류 대체 가능) 가. 지방세세목별(비)과세 증명서 부모 각 1부(동사무소 발행) 나. 소득금액증명원(세무서발행) 또는 근로소득원천징수영수증(직장발행) 부모 각 1부. 다. 건강보험료 납부확인서 부모 각 1부(국민건강보험공단-인터넷발급가능) 2. 자기계발 계획서</p>			

년 월 일

신청자 : (서명)

자기개발 계획서

프로그램명			
기간		해당 국가	
작성자	(서명)		
1. 지원 동기			
2. 학습 목표			
3. 학습 계획			
4. 향후 자기개발에 대한 적용방안			
5. 예산 내역			

[서식 7]

해외실습 경험보고서

이름		이메일	<i>*개인정보제공동의시 기재</i>
실습대학 및 병원		실습 기간	
1. 해외실습 참가 동기 및 해당 기관을 선택한 이유			
2. 출국 전 준비사항 (보험, 비자, 숙소 등)			
3. 현지 생활 정보 (식당, 편의시설, 교통, 치안, 물가, 날씨, 가져가야할 물건 등)			
4. 여가생활			
5. 소감			

사진은 별지에 자유롭게 첨부하시기 바랍니다.

위 내용은 후배들의 해외실습을 위한 귀중한 참고자료로 사용됩니다.

[서식 8]

전공탐색 실습 신청서

실습 학생	학번		이름	
	휴대폰		E-mail	

[전공탐색 I] 실습기간 1/20 ~ 31				
희망 실습기관 또는 병원/과		세부 영역 ¹⁾	실습기관 또는 병원/과	멘토 교수
	1지망			
	2지망			
	3지망			

[전공탐색 II] 실습기간 2/3 ~ 13 (2/14: 교내 발표회)				
희망 실습기관 또는 병원/과		세부 영역 ¹⁾	실습기관 또는 병원/과	멘토 교수
	1지망			
	2지망			
	3지망			

1) 세부 영역: 다음 4가지 중 택1 하여 번호 기입 (1) 심화임상실습, (2) 국내외부임상실습, (3) 해외실습, (4) 몰입형의과학연구실습

* 제출방법: 제출기한까지 의학교육센터 이메일로 제출(hlkim@korea.ac.kr)

※ 이 신청서를 제출하였더라도 수강신청 기간에 전공탐색 I, II를 선택하여 수강신청 하여야 합니다.

[서식 9]

해외 실습 계획서

실습 학생	학번		이름	
	휴대폰		E-mail	
실습처	기관		지도 교수	
실습 기간	년 월 일 ~ 년 월 일 (주)			
실습 목표				
구체적인 활동계획				
향후 자기계발 적용 방안				

실습 학생 성명 : (서명)

날 짜 :

*** 이 실습계획서는 결과보고서 작성 시 활용하며, 발표 및 평가회 날에 제출하시기 바랍니다.**

제 출 처 : 고려대학교 의과대학 의학교육센터 Tel : 02-2286-1101 E-mail : hlkim@korea.ac.kr

[서식 10]

결 과 보 고 서

실습 학생	학번		이름	
	휴대폰		E-mail	
실습처	병원/ 과 또는 기관명		멘토교수 또는 지도담당자	
실습 기간	년 월 일 ~ 년 월 일 (주)			
목표달성 정도	<p style="color: blue;">실습 초에 자신이 설정하거나 실습기관에서 최초 실습담당교수 면담에서 세운 학습목표 및 성과를 얼마나 달성했는지 기술한다.</p>			
실습 활동 내용 요약				

실습활동에 대한
총평

나는 이 실습을 후배에게도 추천하고 싶다.

매우 그렇다 그렇다 보통이다 그렇지 않다 매우 그렇지 않다

년 월 일
지원자: (서명)



[서식 11] 해외기관 지도교수 평가서

FINAL YEAR MEDICAL ELECTIVE SUPERVISOR EVALUATION

I. BASIC INFORMATION

STUDENT NAME		STUDENT NUMBER	
ELECTIVE DATES	From:	To:	(weeks)
ELECTIVE DEPARTMENT			
HOST INSTITUTION			
CONTACT NAME OF HOST INSTITUTION		EMAIL	

II. LEARNING OBJECTIVE AND DESCRIPTION

To be completed by student upon discussion with supervisor at the beginning of attachment

III. EVALUATION

EVALUATION CRITERIA	EXCELLENT	GOOD	AVERAGE	POOR
Demonstration of Knowledge				
Demonstration of Clinical Skills				
Initiative and Professionalism				
Communication with patients				
Communication with teammates				



IV. SUPERVISOR'S COMMENTS

SUPERVISOR NAME (PRINT)

SIGNED BY

Please seal this evaluation form in an envelope with an official stamp of the institution over the seal and give it to the student who is responsible for returning the form to the KU Medical Education Center.