

様式第1号

年 月 日

研修登録医受入れ許可申請書

千葉大学医学部附属病院長 殿

勤務先

申請者 氏名

生年月日 年 月 日 生（男・女）

下記のとおり貴院で研修を受けたいので、研修登録医として受入れを許可下さるようお願いします。

なお、許可の上は、貴学の諸規則を遵守し、貴院の指導教員の指示に従います。

記

1 研修事項

2 研修診療科等

3 研修期間

年 月 日から

年 月 日まで（週 日間・ 曜日）

備考 申請書は、履歴書（市販品を用い、医籍番号を必ずご記入ください。）及び健康診断書を添えて、研修開始希望日の1か月前までに提出してください。

承諾書

本病院に所属する上記の申請者が貴院の研修登録医として研修することについて、これを承諾しますので、よろしくお願いします。

病院名

所属長 氏名