

公印種別	枚数	公印使用承認欄	医学部長	教務部長	医学部事務部長	医学部事務部次長	教務課長事務取扱	主査		担当者
医学部長印	枚									
[ . . ]			[ . . ]							

病院研修許可願

年 月 日

愛知医科大学長 殿

学 年 次 \_\_\_\_\_ 学 年 \_\_\_\_\_

学籍番号 \_\_\_\_\_

ふりがな \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

(西暦) 年 月 日生

下記のとおり病院研修をしたいので、許可くださるようお願いいたします。

記

学生現住所	〒 _____ TEL ( _____ ) _____				
父兄氏名 及 現住所	[続柄: _____]	〒 _____ TEL ( _____ ) _____			
研修病院	名称			病院長名	
	〒 _____ TEL ( _____ ) _____				
	研修指導者 ※1	職名		氏名	
研修内容	(研修する診療科名を記入すること。)				
研修期間	年 月 日 ( ) から 年 月 日 ( ) まで				
研修依頼状 ※2	必 要      不 要      [どちらかを○で囲むこと。]				
研修依頼状 の受取方法	教務課窓口で受領		大学から研修病院に郵送		[研修依頼状が必要な場合、 どちらかを○で囲むこと。]

※1 研修指導者の職名・氏名が不明の場合は空欄のままよい。

※2 研修依頼状の発行には時間を要するため、遅くとも研修開始日の**2週間前**には提出すること。

※ 研修終了後、速やかに研修報告書を提出すること。

