

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	教務課長	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	〒 ー Tel () ー				
父兄氏名 及 現住所	[続柄:]		〒 ー Tel () ー		
研 修 病 院	名 称			病院長名	
	〒 ー Tel () ー				
	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でよい。
※2 研修依頼状の発行には時間を要するため、遅くても研修開始日の**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。