

研修生受入れ許可申請書

令和 年 月 日

三重大学医学部附属病院長 殿

住 所

氏 名

印

このたび、貴院において研修を受けたく、別紙研修計画書を添えて申請しますので、ご許可
くださるようお願いいたします。

なお、許可のうえは、下記の事項を遵守します。

記

1. 研修に際しては、貴院の諸規則を遵守するとともに貴院の責任者の指示に従います。
2. 万一、故意又は過失による事故等により、貴院に損害を及ぼした場合、又は、被災した場合は、当方が一切の責任を負います。

*添付書類

- ① 履歴書
- ② 免許証（合格証）写し

研修計画書

研修希望の診療 科(部)等名	氏名	研修期間	研修内容 ※(研修日数)	備考
		年 月 日 ～ 年 月 日	(日)	
		年 月 日 ～ 年 月 日	(日)	
		年 月 日 ～ 年 月 日	(日)	
		年 月 日 ～ 年 月 日	(日)	
		年 月 日 ～ 年 月 日	(日)	
		年 月 日 ～ 年 月 日	(日)	
		年 月 日 ～ 年 月 日	(日)	
		年 月 日 ～ 年 月 日	(日)	
		年 月 日 ～ 年 月 日	(日)	
		年 月 日 ～ 年 月 日	(日)	
		年 月 日 ～ 年 月 日	(日)	
		年 月 日 ～ 年 月 日	(日)	

※ 研修日数には研修を受ける実日数を記入してください(研修日数に基づき研修料を算定します。)。1週間のうち研修を受けない曜日(休日・土曜日を除く)又は期間内に特定の日がある場合等は、備考欄に記入願います。