令和　　年　　月　　日

　　群馬大学医学部附属病院長　殿

　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　生年月日 　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　現住所

病 院 研 修 許 可 申 請 書

　貴院において下記研修を受けたく、許可くださるよう関係書類を添えて申請します。

　なお、許可のうえは、貴学の諸規則を守るとともに貴院の委任者の指示に従います。

記

　　１．研修職種

　　２．研修期間

　　　　　　添付書類

　　　　　　　　履　歴　書（市販）

　　　　　　　　免許証の写

　　　　　　　　勤務先の承諾書（現在勤務中の者）

感染症状況報告書

承 諾 書

令和　　年　　月　　日

 群馬大学医学部附属病院長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　病院研修生派遣元

 施設長　　　　　　　 　　 印

下記のとおり本院職員が貴院にて研修を行うことを承諾いたします。

記

１．研修者氏名：

２．研修内容：

３．研修期間：

４．その他