

病院研修生受入申請書

令和 年 月 日

京都大学医学部附属病院長 殿

申請者

(住所) 〒 -

(電話番号)

(機関名称)

(代表者氏名)

印

下記のとおり、京都大学医学部附属病院研修生内規第2条の規定に基づき、
病院研修生の受入を申請します。

記

研修事項	
研修期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (合計 日間)
研修診療科名	京都大学医学部附属病院 科
(フリガナ) 研修生氏名	外 () 人
特記事項	請求書の宛名が申請書と異なる場合等の特記事項があれば記入してください。

※なお、上記内規第5条の5に基づき、一度受理した研修料は返還できませんので予めご了承下さいますようお願い申し上げます。