

年 月 日

山形大学医学部長 殿

氏名

(記名押印又は署名)

性別 男・女

生年月日 年 月 日生

リフレッシュ研修医受入れ許可申請書

下記のとおり貴院で研修したいので、リフレッシュ研修医として受入れを許可くださるようお願いいたします。

なお、リフレッシュ研修医として受入れを許可された上は、貴大学のリフレッシュ研修医受入れ規則その他の諸規則を遵守し、指導教員の指示に従うことを誓約します。

記

1 研修事項

2 研修目的

3 研修診療科等

4 研修期間 年 月 日～ 年 月 日

備考：できるだけ希望する診療科等の長を経て、申請してください。

別紙様式第2号

履 歴 書		
ふりがな 氏名	男・女 年 月 日生	写 真 (3 cm × 2.5 cm)
本籍	都・道・府・県	
現住所	〒 TEL ()	
緊急の連絡先	TEL ()	
学 歴		
年 月	事 項	
履 歴		
年 月	事 項	
資 格 ・ 免 許 等		
年 月	事 項	
	医籍登録 (第 号)	
賞 罰		
年 月	事 項	
上記のとおり相違ありません。		
年 月 日	氏名	(記名押印又は署名)