

令和 年 月 日

大阪大学医学部附属病院長 殿

大阪大学附属病院研修生申請について

当施設職員を貴院において、大阪大学附属病院研修生受入れ規程に基づく病院研修生として、下記により研修を受ける事を申請しますのでよろしくお願い申し上げます。

なお、研修期間中に、研修生が不慮の災害等に遭った場合は当方の責任において対処しますことを申し添えます。

記

氏 名	職 種 等	研 修 期 間
		自 令和 年 月 日
		至 令和 年 月 日
		日間

施 設 名

住 所

所 属 長

印