

センター長	副センター長	附属病院 病院長

令和 年 月 日

関西医科大学卒後臨床研修センター長
附属病院 病院長 殿

大学名・学年（ 大学 年）

氏名 印

病院見学生許可願

このたび貴院の見学生として下記による見学を志望いたしますので、ご承認
下されたく関係書類を添えてお願いいたします

記

1.見学希望診療科名： 歯科・口腔外科

診療科部長 承認印	
--------------	--

2.見学期間 自 令和 年 月 日
至 令和 年 月 日

(添付書類)

- 1.個人記録票 1通
- 2.在学証明書 1通（学生証の(写)でも可)