

年 月 日

関西医科大学卒業臨床研修センター長  
附属病院 病院長  
総合医療センター 病院長 殿

卒業臨床研修センター

## 病院見学生許可願

下記のとおり、施設見学をお願いいたします。

大学名.....大学医学部 学年：.....生・既卒

フリガナ

氏名：.....性別：.....男・女

生年月日(西暦)：.....年 月 日生 (満 歳)

写真  
(40×30 mm)  
脱帽・上半身  
3ヶ月以内の撮影

見学希望診療科名：①.....(見学日：.....年 月 日)

②.....(見学日：.....年 月 日)

(添付書類)

1. 病院見学に関する誓約書 1通

2. 学生証のコピーまたは在学証明書 1通

※既卒生は卒業証明書又は卒業証書(写)

以下、本学記入欄

附属病院使用欄		
センター長	附属病院 病院長	診療科部長 承認印

総合医療センター使用欄	
総合医療センター 病院長	診療科部長 承認印

卒業臨床研修センター 受付印