|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| センター長 | 附属病院  病院長 | 総合医療センター病院長 |
|  |  |  |

**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**

**総合医療センター　病院長　　殿**

**大学名・学年（　　　　　　　　　大学　　　　年　・　既卒）**

**氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印**

**病院見学生許可願**

**下記の通り施設見学をお願いいたします。**

|  |  |
| --- | --- |
| 診療科部長承認印 |  |
| 診療科部長承認印 |  |

**記**

**１.見学希望診療科名：**

**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）**

**※既卒生は卒業証明書又は卒業証書（写）**