

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

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。

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

診療科部長 承認印	
診療科部長 承認印	

(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)