

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

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：現 年・既卒

フリガナ

氏名： 性別： 男 ・ 女

生年月日(西暦)： 年 月 日生 (満 歳)

携帯電話番号： (見学日当日連絡可能な番号記入)

見学診療科： (見学日： 年 月 日)

..... (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) | |

写真
(40×30 mm)
脱帽・上半身
3ヶ月以内の撮影

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

卒後臨床研修センター 受付印