

宛先： 地域医療推進課卒後指導係 行

(FAX:0285-44-6274)

| 研究生登録希望調 | | |
|----------|---------------------------------------------------------|-----|
| 送信年月日 | 年 月 日 | |
| 氏名 | (都道府県・ 期) | |
| 勤務先 | 名称 | |
| | 住所 | 〒 - |
| | 電話番号 | - - |
| 研究科目 | | |
| E-mail | | |
| 所属長 | 教授 (了解 : 済 ・ 未) 注)所属長の了解は、申し込む前に必ず取るようお願いします。 | |
| 研究期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | |
| 診療行為 | 有 ・ 無 注)診察・検査・手術の見学など、少しでも診療に関わる可能性がある場合は「有」としてください。 | |
| その他質問等 | | |

※内容の確認等でご連絡させていただく場合があります。

| | |
|-------|---------|
| 大学記入欄 | 受付日 |
| | 書類発送年月日 |