

平成 年 月 日

## 研修登録医受入許可申請書

大阪市立弘済院附属病院長 様

ふりがな  
氏 名  
生年月日 昭和・平成 年 月 日  
性 別 男 ・ 女  
自宅住所  
自宅電話 ( )

私は、下記のとおり貴院での研修を希望しますので、研修登録医として受入れを許可くださるようお願いします。

なお、研修登録医として受入れを許可されたうへは、貴院が定める諸規程等を遵守し、指導医の指示に従うことを誓約します。

### 記

- 1 研修事項
- 2 研修目的
- 3 研修診療科
- 4 研修期間（年度を超えての申請は不可）

平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日

\* 添付書類：履歴書、推薦書、医師免許証の写し、保険医登録票の写し、研修計画表