

見学申請書

令和 年 月 日

京都大学医学部附属病院長 殿

申請者

(所在地) 〒 -

(電話番号)

(機関名称)

(代表者職名・氏名)

印

下記のとおり、京都大学医学部附属病院研修生内規第2条（又は京都大学医学部附属病院受託実習生内規第1条）の規定に基づき見学生の受入を申請します。

記

見学内容及び目的	
見学期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (日間)
診療科名	京都大学医学部附属病院 科
(フリガナ) 見学生氏名	

※なお、上記内規第5条の5に基づき、一度受理した研修料は返還できませんので予めご了承下さいませようお願い申し上げます。