別記様式第1号

　　年　　月　　日

神戸大学医学部附属病院長　　殿

氏名　　　　　　　　　　　印

性別　　　　　男・女

生年月日　　　　年　　月　　日生

研修登録医受入れ許可申請書

下記のとおり貴院で研修したいので，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｡

記

1　研修事項

2　研修目的

3　研修診療科

4　研修期間　　　　　　　年　　月　　日～　　年　　月　　日

添付書類

履歴書

誓約書

推薦書