医　員　研　修　願 　第　　　　号

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  決　　　　裁 | 　病院長　　　　病院事務部長　　　　課　長　　　　副課長　　　　労務衛生係長　　 　担当者 |   |  |
|  年 月 日 |
|   |
|  年 月 日 |
|  病院長　　殿 下記により研修を行いたいので御承認願います。 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 研　修　者 | 職　　名 | 診療科（部） | 氏　　　　　　　名　　（印） | センター長（印） |
|  |  |  印 |  |
| 研 修 期 間 |  自 年 月 日 　～　　至　　　　年　　　月　　　日 （ 　 日間 ） |
| 研 修 場 所 |  |
|  |  |
|  |  |  |
| 備　　　考 |  |

　　　　　　　　　　　　※学会出席等の場合はプログラムの写しを添付してください

 出勤簿上は出勤扱いになりますので，出勤簿へ押印してください。　総務課　労務衛生担当