　　　　 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