

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				受 付 年 月 日
					年 月 日
					承 認 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。 <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p>					
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					
研 修 課 題 又は目的					
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