令和　　年　　月　　日

**＜提出先＞**

**熊本大学病院　総合臨床研修センター**

**（中央診療棟 ７Ｆ）**

**FAX送信先：０９６－３７３－７１４６**

**研修先診療科変更依頼書**

総合臨床研修センター長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名：

　　　　年次（プログラム：　　　　）

**メールアドレス**　：

下記のとおり研修先診療科の変更をお願いします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 研修期間 | 研修先診療科 |
| 　　　 年 　月～ 　月　 | ⇒ |
| 　　　 年 　月～ 　月　 | ⇒ |
| 　　　 年 　月～ 　月 | ⇒ |
| 　　　 年 　月～ 　月 | ⇒ |

＊研修開始日まで１カ月未満の場合は原則として受付できません

＊変更の可否は後日**メールにて**連絡します

(以下の欄には記入しないでください)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受　 付 　日 | ／ | 依頼者へ連絡 |  |
| ﾛｰﾃｰﾄ表1(A3)変更 |  | 1年次担当へ(表2) |  |
| ﾛｰﾃｰﾄ表2(A4)変更 |  | 2年次担当へ(表2) |  |
| ＥＰＯＣの設定 |  | 変更前・変更後指導医へ連絡(表1送付) |  |