＜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

令和　　年　　月　　日

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)	