　　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）**

**メールアドレス：iys-kensyucenter@jimu.kumamoto-u.ac.jp**

**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**：

**学　　年**：　　　　年次

**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

※**中央検査部への変更希望**の場合　下記に希望研修内容を記入してください

(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) |  |