

<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

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 : _____

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-ネット表 1 (A3) 変更		1 年次担当へ (表 2)	
ロ-ネット表 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)	