

写真添付

縦 4cm  
横 3cm

上半身、脱帽、6か月以内撮影のもの

試験日

月 日 ( )

※試験日を記入してください。

|                 |          |   |          |          |                          |        |             |       |         |
|-----------------|----------|---|----------|----------|--------------------------|--------|-------------|-------|---------|
| 越谷市立病院 院長<br>氏名 | 令和 年 月 日 | 私は、臨床研修医として医師法第十六条の二第一項に規定する臨床研修を越谷市立病院において行いたいので、許可願います。 | 本人       |          | 医師国家試験                   | 最終卒業学校 | 氏名          | ふりがな  | 臨床研修許可願 |
|                 |          |   | 右以外の連絡先  | 現住所      |                          |        |             |       |         |
|                 |          |   | 〒        | 〒        | 平成 令和 年 月 日 第 回 医師国家試験合格 | 大学     | 昭和 平成 年 月 日 | 卒業・見込 |         |
|                 |          |   | 電話 ( ) 番 | 電話 ( ) 番 | ※                        | ※      |             |       |         |

※欄 卒業見込者は記入不要

|       |          |     |
|-------|----------|-----|
| 受付番号  | No.      | 受付者 |
| 受付年月日 | 令和 年 月 日 |     |

越谷市立病院