

センター長	附属病院 病院長

令和 年 月 日

関西医科大学卒業臨床研修センター長
附属病院 病院長 殿

大学名・学年（ 大学 年・既卒）

氏名 印

病院見学生許可願

下記のとおり施設見学を希望いたします。

記

1.見学希望診療科名： 歯科・口腔外科

2.見学期間 自 令和 年 月 日
至 令和 年 月 日

診療科部長 承認印	
--------------	--

(添付書類)

- 1.個人記録票 1通
- 2.在学証明書 1通（学生証の(写)でも可)

※既卒生は卒業証明書又は卒業証書（写）