

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 .....

## 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)