

西暦 年 月 日

研 修 志 願 書

京都大学医学部長 殿

所 属：
（勤務先）
職 名：
氏 名：

印

このたび、下記のとおり貴学 医学部 において研修いたしたいので、御許可くださるようお願いいたします。

記

身 分	京都大学研修員		
研修科目			
研修題目			
受入教員 職・氏名		教授承認印	受入教員印
研修期間	西暦 年 月 日から 西暦 年 月 日まで（ か月）	※ 1. 新 規 2. 延 長	
研修料の 納付方法	※ 1. 全額納付 ・ 2. 分割納付 (一括)		
備 考			

※印の欄は、該当するものの記号を○で囲むこと。

履 歴 書

西暦 年 月 日現在

ふりがな 氏 名			男・女
生年月日	西暦 年 月 日生 (満 才)		
連絡先	(〒 -) 電話番号： メールアドレス：		
学 位 等 申請資格	博士 年 月 日 取得 課程 年 月 日 単位取得退学		
年 月 日	(学歴) 大学 学部 学科卒業		
年 月 日	(職歴・研究歴・研修歴)		

※研修の延長を希望する場合は、必ず研修員の研修歴を記入すること。