

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			
受入教授 職・氏名			教授承認印
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 (6ヶ月を超える場合)		
備 考			

※印の欄は、該当するものの記号を○で囲むこと。

