西曆 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 ※   1. 新 規   西暦 年 月 日まで( か月) 2. 延 長					
研修料の 納付方法	<ul><li>※</li><li>1. 全額納付</li><li>・ 2. 分割納付</li><li>(6ヶ月を超える場合)</li></ul>					
備  考						

※印の欄は、該当するものの記号を○で囲むこと。

## 履歴書

			四 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					
学 位 等 申請資格		博士課程	年 年	月 月	日日	取得
年 月 日	(学歴)	珠性	<del>+</del>		— Н	単位取得退学
	大学	学言	部	学	科卒業	•
年 月 日	(職歴・	研究歴・4	研修歴)			

<sup>※</sup>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。