

専門分野		指導教授	氏名	印
<p>7 大学連携先端のがん教育基盤創造プログラムのインテンシブコース研修願</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>大阪市立大学大学院医学研究科長 様</p> <p>氏名 印</p> <p>私は、下記のとおり 7 大学連携先端のがん教育基盤創造プログラムのコースの研修を申請いたしますので許可くださるようお願いいたします。</p> <p>記</p> <p>1 履修コース</p> <p>地域中核病院専門医療職を対象とした（インテンシブ）コース</p> <p>2 期 間</p> <p>平成 29 年 4 月 1 日 ～ 平成 30 年 3 月 31 日</p>				

<添付書類>

- 1 研修願（様式1）
- 2 履歴書（様式2）
- 3 誓約書（様式3）
- 4 推薦書（様式4）
- 5 胸部X線検査及び感染症抗体検査結果並びにワクチン接種状況申告書（様式5）
- 6 患者の個人情報の保護に関する誓約書（様式6）
- 7 専門職免許証（写し） A4サイズで印刷
- 8 写真1枚（縦3.5×横2.5cm）