

専門分野		指導教授	氏名	印
<p>7 大学連携先端的がん教育基盤創造プログラムのインテンブコース研修願</p> <p style="text-align: right;">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 style="text-align: right;">氏名 印</p> <p>私は、下記のとおり 7 大学連携先端的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 style="text-align: center;">記</p> <p>1 履修コース (いずれかにチェックすること)</p> <p><input type="checkbox"/> がん専門医療人養成コースA：講義及び実習を受ける</p> <p><input type="checkbox"/> がん専門医療人養成コースB：講義及びカンファレンスに参加する</p> <p><input type="checkbox"/> 同種造血幹細胞移植医師養成コース</p> <p><input type="checkbox"/> 同種造血幹細胞移植看護師養成コース</p> <p><input type="checkbox"/> 同種造血幹細胞移植コーディネーター養成コース</p> <p>2 期 間</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 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 被雇用者にあつては雇用主の承諾書 (様式4)
- 5 写真1枚 (縦3.5×横2.5cm)
- 6 医師免許証 (写し) A4サイズで印刷。
【但し、がん専門医療人養成コースA・同種造血幹細胞移植医師養成コースに限る。】
- 7 保険医登録票 (写し) A4サイズで印刷。
【但し、がん専門医療人養成コースA・同種造血幹細胞移植医師養成コースに限る。】
- 8 血液内科専門医の証明書 【但し、同種造血幹細胞移植医師養成コースで専門医を有する者に限る。】
- 9 看護師免許 【但し、同種造血幹細胞移植看護師養成コースに限る。】