

専門分野		指導教授	氏名	印
<p>がん医療に携わる専門医療人の研修（インテシブ）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「がん医療に携わる専門医師等の研修（インテシブ）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（いずれかにチェックすること）</p> <p><input type="checkbox"/> コース A：講義及び実習を受ける</p> <p><input type="checkbox"/> コース B：講義及びカンファレンスに参加する</p> <p>2 期 間</p> <p>平成 25 年 10 月 1 日 ～ 平成 26 年 9 月 30 日</p>				

<添付書類>

- 1 履歴書（様式2）
- 2 誓約書（様式3）
- 3 被雇用者にあつては雇用主の承諾書（様式4）
- 4 写真1枚（縦3.5×横2.5cm）
- 5 [コースAのみ]医師免許証（写し）A4サイズで印刷。
- 6 [コースAのみ]保険医登録票（写し）A4サイズで印刷。