

年 月 日

日本医科大学長
弦間 昭彦 殿

主分野大学院教授の印

医学研究科 第 年次

分野:

氏名: _____ 印

大学院生国内・海外研修許可願

私は、主分野大学院教授了承の上、下記のとおり[国内・海外]研修をしたいので、ご許可くださるようお願いいたします。

記

1. 研修先 :

(研修先の所在地)

2. 研修期間 : 年 月 日 ~ 年 月 日
(年 カ 月 間)

3. 研修内容 :

4. 研修先の指導者名 氏 名
職 名

*海外研修の場合、研修先からの受け入れを証明するものを添付すること。