別記様式２

|  |
| --- |
| 病　院　研　修　生　申　込　書  年　　月　　日  滋賀医科大学医学部附属病院長　殿  （申込者：機関の場合）  郵便番号・住所  名称  役職名・代表者氏名  電話番号  　このたび下記の者を病院研修生（　※　　　　　　　　　　　　　　）として研修を  お願いいたしたく必要書類を添付のうえ申請いたします。  　なお，研修に際して，病院研修生に関し以下のことを誓約します。  (1)　貴学の諸規則を遵守するとともに貴病院の責任者の指示に従うこと  (2)　研修中の事故等に備えて傷害保険等に加入していること  記  研修生名　　（　　　　　　　　　）  研修希望期間　　　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで  ※には、薬剤師，看護師，栄養士等の職種を記入してください。 |

備　考　添付書類　１．履　歴　書　１部

　　　　　　　　　２．患者さんの個人情報保護に関する誓約書　１部

　　　　　　　　　３．感染症関連証明書　１部

　　　　　　　　　４．免許証の写　１部