

見学実習申請書

年 月 日

京都大学医学部附属病院長 殿

申請者

(学校等の住所及び名称)

(校長又は代表者氏名)

㊟

下記のとおり、京都大学医学部附属受託実習生内規第2条の規定に基づき見学生の受入を申請します。

記

見学内容及び目的	医学物理士臨地見学実習
見学期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)
診療科名	京都大学医学部附属病院 放射線治療 科
(フリガナ) 実習生氏名	計()人
特記事項	請求書の宛名が申請書と異なる場合等の特記事項があれば記入してください。 費用は各個人にて支払います。

※なお、上記内規第4条の5に基づき、一度受理した受託実習料は返還できませんので
予めご了承下さいますようお願い申し上げます。

見本

見学実習申請書

年 月 日

京都大学医学部附属病院長 殿

申請者

(学校等の住所及び名称)

必須：大学院の所在

(校長又は代表者氏名)

必須：学長または科

印

下記のとおり、京都大学医学部附属受託実習生内規第2条の規定に基づき見学生の受入を申請します。

記

未定の場合は記入なし

見学内容及び目的	医学物理士臨地見学実習
見学期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)
診療科名	京都大学医学部附属病院 放射線治療 科
(フリガナ) 実習生氏名	必須：連名にて記入可 計()人
特記事項	請求書の宛名が申請書と異なる場合等の特記事項があれば記入してください。 費用は各個人にて支払います。

※なお、上記内規第4条の5に基づき、一度受理した受託実習料は返還できませんので予めご了承下さいますようお願い申し上げます。