西暦20　　年　　月　　日

研修書式3

公立大学法人横浜市立大学附属

市民総合医療センター

病院長

［実習等申請者］

|  |  |
| --- | --- |
| 所属機関名 |  |
| 氏名 |  |

治験関連の実習等申請書

「公立大学法人横浜市立大学附属市民総合医療センターにおける治験等関連の実習生及び研修生等の受け入れに関する取扱い内規」に従って、以下の通り実習等の受け入れを申請いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 実習生等の氏名 |  |
| 実習等の希望日 | 西暦20　　年　　月　　日 | ～ | 西暦20　　年　　月　　日 |
| 希望時間帯 |  |
| 実習等を希望する部署・部屋 |  |
| 希望する実習等の内容 |  |
| 引率者がいる場合はその者の氏名 |  |
| 実習生等の責任者 | 所属部署 |  |
| 氏名 |  |
| 連絡先 |  |

備考）複数の実習生等がいる場合には、まとめて記入しても構いません。