別記様式(第2条関係)

エイズ診療従事者研修受入許可申請書

年　　月　　日

　　新潟大学医歯学総合病院長　殿

所属医療機関名

職種

氏名(署名)

性別　　　　　　　　　　　男・女

生年月日　　　　　　　　年　　月　　日生

　下記のとおり貴病院で研修したいので受入れを許可くださるようお願いします。

　なお，受入れを許可された上は，貴大学のエイズ診療従事者研修の受入れに関する規程その他の諸規則を遵守し，指導教員等の指示に従うことを誓約します。

記

1　研修希望診療科等

2　希望研修期間　　　　　年　　月　　日～　　年　　月　　日