

研修開始同意書

連携教育施設(小児科)

日本糖尿病学会専門医制度の臨床研修を行ないたいので申請します。

申請者： 〒 _____ - _____
自宅住所

フリガナ

氏 名 _____ ㊟

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(注：年は西暦で記載のこと)

医籍登録番号 _____

医籍登録日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(注：年は西暦で記載のこと)

出身大学名 _____

糖尿病学会会員番号

_____ (判明している方は記載のこと)

上記の申請を受付し、 _____ 年 _____ 月 _____ 日から

日本糖尿病学会専門医制度の臨床研修を開始します。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

研修施設名(診療科名)

※連携教育施設名を記載

認定教育施設名(診療科名)

研修指導医名

印