

実習及び研修のための調査票について

旭川医科大学病院での実習・研修を受けるにあたり、下記実習・研修生について、別紙「旭川医科大学病院 実習及び研修のための調査票」の内容が相違ないことを証明します。

記

実習・研修期間： 年 月 日 ～ 年 月 日

実習・研修生人数： 名

施設長または校医などの証明者

氏名

印
