

# 承 諾 書

令和 年 月 日

殿

所属機関名

所属機関の長

職名

氏名

印

下記のとおり旭川医科大学病院において、病院研修生として研修  
することを承諾いたします。

記

1. 氏 名

2. 実習期間

自：令和 年 月 日～

至：令和 年 月 日

3. 研修内容