

年 月 日

実地修練生受入許可申請書

東京医科歯科大学歯学部附属病院長 殿

氏 名
生年月日 年 月 日
国 籍

印

歯科医師法第11条第2号に基づく診療及び口腔衛生に関する実地修練を貴院において実施したいので受入れを許可してくださいようお願いいたします。

なお、実地修練生として受入れを許可された上は、貴学の諸規則を遵守し、指導医の指示に従うことを誓約します。

記

- 推薦者 部署名
職 名
氏 名
- 修練年度 年度
- 添付書類 (1) 履歴書（別紙様式2）
(2) 分野等の長の推薦書（別紙様式3）
(3) 歯科医師国家試験予備試験合格証書（写）