提出日：平成　　年　　月　　日

短 期 海 外 研 修 願

長 崎 大 学 病 院 長　殿

研修 ___年目（病院名 _____）

氏　　名 _____ 印

（パスポートの英語氏名）

（_____）

このたび、私の研修モチベーションをより高めるためにも、下記のとおり短期海外研修いたしたく、何とぞご許可願います。

なお、後期研修については長崎大学病院で行うこと、長崎大学病院で後期研修を行わない場合は本研修参加に要した費用を返納することを誓約いたします。

記

１．研修先（国名及び研修先病院など機関名）

国名　アメリカ合衆国　　機関名　ハワイ大学

２．研修期間・行程

平成３０年９月２２日（土）～９月３０日（日）　福岡空港発着

（実習期間は、９月２４日～９月２８日の５日間）

※ 当該期間中の研修ローテート科指導医等の了承

期間中の研修科（　　）　指導医等：_____ 印

※ 指導医は各科の臨床研修担当教員でも可

３．後期臨床研修予定（希望）診療科

①_____　②_____　③_____

※ 具体的な診療科が決まっていない場合は「内科系」等で可

４．出願理由（海外研修したいと思った理由、研修先でどのようなことを学びたいか等）

（２００字程度）

募集期限：５月１８日（金）