

専門分野		指導教授	氏名	印
<p>7 大学連携先端的がん教育基盤創造プログラムのインテンシブコース研修願</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>大阪市立大学大学院医学研究科長 様</p> <p>氏名 印</p> <p>私は、下記のとおり 7 大学連携先端的がん教育基盤創造プログラムのコースの研修を 申請いたしますので許可くださるようお願いいたします。</p> <p>記</p> <p>1 履修コース (いずれかにチェックすること)</p> <p><input type="checkbox"/> がん専門医療人養成コース A : 講義及び実習を受ける</p> <p><input type="checkbox"/> がん専門医療人養成コース B : 講義及びカンファレンスに参加する</p> <p>2 期 間</p> <p>平成 29 年 4 月 1 日 ~ 平成 30 年 3 月 31 日</p>				

<添付書類>

- 1 研修願 (様式 1)
- 2 履歴書 (様式 2)
- 3 誓約書 (様式 3)
- 4 被雇用者にあつては雇用主の承諾書 (様式 4)
- 5 胸部 X 線検査及び感染症抗体検査結果並びにワクチン接種状況申告書 (様式 5)
【但し、コース A およびカンファレンス参加希望者、同種造血幹細胞移植コースに限る】
- 6 医師免許証 (写し) A 4 サイズで印刷
【但し、がん専門医療人養成コース A・同種造血幹細胞移植医師養成コースに限る。】
- 7 保険医登録票 (写し) A 4 サイズで印刷
【但し、がん専門医療人養成コース A に限る。】
- 8 血液内科専門医の証明書 (写し) 【但し、同種造血幹細胞移植医師養成コースで専門医を有する者に限る。】
- 9 看護師免許 (写し) 【但し、同種造血幹細胞移植看護師養成コースに限る。】
- 10 写真 1 枚 (縦 3.5×横 2.5 cm)