別紙様式

　　　　　　　　　　　　　　病院研修生受入申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　佐賀大学医学部附属病院長　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　勤務先及び職名

　　　　　　　　　　　　　　　　ふりがな

　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　印

　貴病院における病院研修生として下記のとおり研修したいので，必要書類を添

えて申請します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　記

研修職種　薬剤師

研修期間　　令和　　年　　月　　日から令和　　年　　月　　日まで

研修目的

薬局薬剤師 臨床研修　（基礎 ・ 応用）コース

遵守事項

① 研修に際しては，貴学の諸規程を遵守するとともに，貴病院の責任者の指

　示に従います。

② 万一申請者の故意又は過失による事故等により，貴病院に損害を及ぼした

場合又は申請者が被災した場合は，申請者が一切責任を負います。

備　　考

　　　　　　　　　　　　　研　修　承　諾　書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

佐賀大学医学部附属病院長　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　勤務先所属の長　　　　　　　　　　印

　このたび貴病院研修生として下記により研修を行うことを承諾いたします。

　　　　　　　　　　　　　　　　　記

１　研修生　　職　　薬剤師

　　　　　　　氏　名

２　研修部門　　薬剤部

３　研修期間　　令和　　　年　　　月　　　日から

　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日まで