

年 月 日

卒後臨床研修センター長 様

選択科目の変更について（申請）

わたくしは、次のとおり変更を申請します。

1 科 目

変更前 (診療科名：)

変更後 (診療科名：)

2 変更月 年 月～ 年 月

3 理 由

4 承諾者名

承認年月日 年 月 日

(診療科名：)

変更前 担当医師署名

承認年月日 年 月 日

(診療科名：)

変更後 担当医師署名

上記により、双方の診療科の承諾を得ました。

年次研修医 コース

氏 名 (自署)

(※必修科目は変更できません。)

記入例

2020年 4月 22日

卒後臨床研修センター長 様

選択科目の変更について（申請）

※必修科目は変更できません。
（研修科目・研修月全て変更不可）

わたくしは、次のとおり変更を申請します。

1 科 目

変更前 (診療科名: **整形外科**)

変更後 (診療科名: **心臓血管外科**)

2 変更月

2020年 7月～ 2020年 8月

3 理 由

心臓血管外科を将来の診療科と考えている。少しでも早く研修したいため。

- ・上記は一例です。
- ・変更理由はわかりやすく記入してください。

4 承諾者名

承認年月日 2020年 4月 8日

(診療科名: **整形外科**)

変更前 担当医師署名

指導 太郎

承認年月日 **2020年 4月 19日**

(診療科名: **心臓血管外科**)

変更後 担当医師署名

市大 花子

上記により、双方の診療科の承諾を得ました。

2年次研修医 I コース

氏名 研修 次郎 (自署)

(※必修科目は変更できません。)