※

受付番号

**明治国際医療大学 研修生　研 修 願**

　　年　　月　　日

明治国際医療大学 学長 殿

（研修者本人の住所・氏名）

住所

氏名

　　　　　　　　　　　　　（団体より委託の場合）

　　　　　　　　　　　　　　　団体の所在地

　　　　　　　　　　　　　　　委託団体名

下記事項について研修を（委託）したいので、研修生として入学を

許可してくださるようお願いします。

記

１．研修課題

２．研修内容（研修を行おうとする附属施設も明記し、具体的かつ簡潔に記入すること。）

３．希望指導教員名

４．研修期間　　　　 年 　月 　日から　　　 年　 月　 日まで（　　日／週）

注）※欄は、事務局にて記入します。