研修受入申請書

　　年　　月　　日

広島大学病院総合内科・総合診療科

漢方診療センター

特任教授　小川　恵子　殿

氏名

性別　　　　　男・女

生年月日　　　年　　月　　日

下記の研修を受講したく、受入れを許可くださるようお願い申し上げます。

記

研修コース

* ２～３日コース
* １～４日コース
* １～３ヶ月コース
* その他（曜日指定・年単位）

　研修施設名

　　　　広島大学病院総合内科・総合診療科　漢方診療センター