

研修変更申請書

下記のとおり研修変更を希望しますので、申請します。

令和 年 月 日

研修医氏名

⑩

基本研修科目

選択研修科目

の変更を希望します。

(変更前診療科等)

(研修期間)

自：令和 年 月

(変更後診療科等)

至：令和 年 月

(変更の理由) *変更理由について具体的に記入してください。

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

=事務使用欄=

年 月 日	備 考
/ /	センター受付日
/ /	変更前研修先承認日
/ /	変更後研修先承認日
/ /	センター長・副センター長承認日
/ /	運営委員会承認日
/ /	本人通知日
/ /	<input type="checkbox"/> スケジュール変更 <input type="checkbox"/> 運営委員会資料 <input type="checkbox"/> EPOC変更 <input type="checkbox"/> 診療科人数

研修診療科の変更について

・選択研修科の研修先を変更希望する条件について。

- ① 将来のキャリアデザイン変更に伴い、研修診療科の変更を希望する場合。
- ② 選択した研修診療科が研修修了到達目標に適しないと見なされた場合。

上記の理由に伴い研修先診療科変更を希望する場合は、変更希望の診療科研修開始2ヵ月前までに「研修変更申請書」へ変更診療科、変更期間、明確の変更理由を明記し、臨床研修センターまでご提出ください。

なお、研修先診療科変更の可否については、該当する各診療科および臨床研修センター運営委員会にて承認後決定いたします。

・原則として、必修診療科の研修先変更は認めておりません。

やむおえず研修先診療科変更をご希望される場合は、変更希望の診療科研修開始2ヵ月前までに「研修変更申請書」へ明確な変更理由を明記し、臨床研修センターへご提出ください。

なお、研修先診療科変更の可否については、該当する各診療科および臨床研修センター運営委員会にて承認後決定いたします。

群馬大学医学部附属病院
臨床研修センター
電話 027-220-7793
FAX 027-220-7808