辞 退 用 書 類

提出書類：下記書類を揃え、研修支援係宛提出すること。

1) 研修登録医辞退願

2) 研修登録医辞退同意書

※ID(名札)カードは、必ず研修支援係か施設管理係宛、ご返却下さい。

担当：九州大学病院総務課研修支援係

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　直通 092-642-5223

　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　FAX 092-642-5219

 e-mail hpkenshu@jimu.kyushu-u.ac.jp

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　九州大学病院長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　登録番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　研修診療科

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

研　修　登　録　医　辞　退　願

　　私は、研修登録医として　　　年　月　日から　　　年　月　日まで受入れを許可されておりましたが、下記理由により辞退したいので、ご承認くださるようお願いします。

　　なお、既納の研修料の還付を受けないことについては、異存ありません。

記

　（辞退の理由）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　九州大学病院長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　診療科名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　診療科長

研修登録医辞退同意書

　　このたび、下記の者から研修登録医の辞退願がありましたが、本診療科（部）

　としてはこれを認めますので、よろしくお取り計らい願います。

記

　　　　　登録番号

　　　　　氏　　名