様式第４号（第６条関係）

エイズ診療従事者受入期間更新申請書

平成　　年　　月　　日

　熊本大学病院長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　登録番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　性別 男　・　女

　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日 　　年　　月　　日

　下記のとおりエイズ診療従事者受入期間の更新を許可くださるようお願いします。

記

　１　研　修　事　項

 ２　研　修　目　的

 ３　研修診療科等

 ４　更　新　期　間　平成　　年　　月　　日から　平成　　年　　月　　日まで

 ５　更　新　理　由