**変 更 届**

東京大学医学部附属病院長 殿

科（部）長 印

科（部）人事部員 印

当診療科（部）で受入れを行った届出研究員につき、下記のとおり変更を希望いたします｡

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）  氏 名 | （ ）  印 | | | | |
| 理 由 | □ 氏名の変更 □ 住所・連絡先の変更  □ 本学所属部局の変更  □ 年度内での従事期間の延長 □ 従事回数・頻度の変更  □ その他（ ） | | | | |
| 氏名（改正後） |  | | 旧姓使用の有無 | | □ 有  □ 無 |
| 住所（転居後） |  | | | | |
| 本務先（変更後） |  | 職名  （変更後） | |  | |
| 連絡先（変更後） |  | | | | |
| 従事終了年月日（変更後） | 年 月 日 | | | | |
| 従事日（変更後） | 1. 毎週 曜日 2. 月 回（ 曜日） 3. 年・期間中 回 | | | | |
| 変更年月日 |  | | | | |
| 備 考 |  | | | | |

※ 総合研修センター記入欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受理日 |  | 許可日 |  |

提出先：総合研修センター（入院棟 B １４階 内線３２２１２）