**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）