（臨床実習規程様式第４号）

科長印	運営委員印

補充登院許可願

今般、下記のとおり補充登院を申し渡されましたので、ご許可をお願いします。

臨床実習科　　科　　期間　自　　月　　日
　　至　　月　　日

九州歯科大学附属病院長　殿

平成　　年　　月　　日
　　年次　　番（氏名）　　印

（提出先　臨床実習運営委員長）