

西暦 年 月 日

独立行政法人地域医療機能推進機構大阪病院

病院長 西田 俊朗 殿

プログラム責任者 馬屋原 豊 殿

理 由 書

次の者につきまして、貴院採用選考試験を受験するにあたり、学校行事のため予備日での受験を希望いたします。

ご配慮いただけますよう、お願いいたします。

学校名・学年： 大学 6年

学籍番号：

学生氏名： (ふりがな)

生年月日：西暦 年 月 日生

行事内容：第6学年 OSCE (Post-CC OSCE) 本試験実施日のため

※本試験に予備日を設けておりません

例です

2024年 月 日

学校名

学長 ○○ ○○

公印

公印の押印をお願いします