

いわき市医療センター麻酔科専門研修プログラム 申込書

令和元年 月 日

いわき市医療センター 院長 新谷 史明 様

私は、令和2年3月、(病院名:)において

臨床研修を修了する見込みです。

令和2年4月から令和6年3月まで、貴病院において専門医研修を希望しますので、履歴書及び臨床研修修了見込証明書を添えて申し込みます。

住所 _____

氏名 _____ 印