いわき市医療センター内科専門研修プログラム　申込書

令和 ２年　　　月　　　日

いわき市医療センター　院長　新谷　史明　様

　私は、令和３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３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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞