

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 5年 月 日

いわき市医療センター 院長 相澤 利武 様

私は、令和 6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 6年 4月から令和 9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 (自署) _____