

いわき市医療センター産婦人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) \_\_\_\_\_