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）