

いわき市医療センター整形外科専門研修プログラム 申込書

令和 年 月 日

いわき市医療センター 院長 杉 正文 様

私は、令和 8 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 8 年 4 月から令和 12 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)