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 9 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 9 年 4 月から令和 13 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）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿