

市立長浜病院 専攻医採用願(新制度)

令和 年 月 日

市立長浜病院 院長 様

1. 氏 名 : _____ (印)

2. 住 所 : 〒

3. 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

4. 研修希望プログラム名

市立長浜病院内科専門研修プログラム

貴院における専攻医として採用されるよう関係書類を添えて申し込みます。