

外科専門研修プログラム管理委員会 御中

私は、令和6年4月1日からの岐阜県立多治見病院外科専門研修プログラムについて下記のとおり応募しますので、選考についてよろしくお取り計らいくださいますようお願い申し上げます。

- (1) 履歴書（所定様式）
- (2) 面接カード（所定様式）
- (3) 医師免許証のコピー
- (4) 臨床研修修了登録証のコピーまたは修了見込み証明書

令和      年      月      日

現所属施設名

氏 名 (印)