臨床研修申込書

令和　　年　　月　　日

地方独立行政法人市立大津市民病院

　院　長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　年　　　月　　　日生）

今般、貴院において

　　令和　　　　年　　　　月　　　　日から

　　令和　　　　年　　　　月　　　　日まで

　　　　臨床研修を受けたいので、申し込みます。