

2027度 小児科専門研修プログラム 申請書

20 年 月 日

長野県立こども病院長 殿

貴院における小児科専門研修プログラムへ、履歴書を添えて申し込みます。

フリ 氏		ガナ 名		性 別	男・女
所属病院（大学）		(卒後 年) 研修 年目			
連絡先	住 所	〒			
	電 話				
	携帯電話				
	E-mail (携帯不可)				
病院見学への参加		☐ 現地参加済み (年 月 日) ☐ オンライン参加済み (年 月 日)			
備 考					