

研修願書

令和 年 月 日

徳島県立中央病院長 殿

医療機関名

住 所

申請者医師氏名

印

(登録番号NO

)

徳島県立中央病院地域医療連携実施細則第8条に基づき、研修医として申請します。

研修希望 診療科等	
研修の目的 (研修したい目的 とその内容)	
臨床経歴	
研修希望期間等	1)期間 令和 年 月 日～令和 年 月 日 2)方法 月 回 (第 曜日、 時～ 時) 週 回 (第 曜日、 時～ 時)
上記の者は、徳島県立中央病院地域医療連携実施細則第8条に基づく研修医として適任と認められますので推薦します。	
令和 年 月 日	
郡・市 医師会長名 印	

次のものを指導医としてよろしいか。

指導医師名