

臨床研修（歯科）申込書

令和 年 月 日

岩手県立中央病院長 様

住 所

名 前

印

私は令和5年3月 を卒業し、医師免許取得の見込みで
あります。令和5年4月から令和7年3月まで貴病院において臨床研修を希望するので、
関係書類を添えて申込みいたします。