

シニアレジデント申込書

令和 年 月 日

名古屋市立大学医学部附属東部医療センター

病院長 林 祐太郎 様

(申込者)

氏 名 : _____ (印)

生年月日 : 昭和・平成 年 月 日

私は、令和8年4月より名古屋市立大学医学部附属東部医療センター
内科専門研修プログラムに基づくシニアレジデントとして、貴院に勤務
することを希望しますので、所定の添付書類を添えて申し込みます。