茨城県立こども病院

小児科専門研修申込書

年　　月　　日

茨城県立こども病院長　　殿

申込者　住所

（ふりがな）

氏名　　印

2027年4月から茨城県立こども病院を基幹施設として実施される小児科専門研修に関係書類を添えて申し込みますので，よろしくお取り計らい願います。

1　医師免許

取得年月日　：　　年　　月　　日

登録番号　　：

2　メールアドレス

3　添付書類　　（1）履歴書（写真貼付）