

麻酔科専門医 研修申込書（様式 1）

年 月 日

地方独立行政法人大阪府立病院機構
大阪急性期・総合医療センター 総長 様

氏名 印

私は、下記のとおり、貴センターにおいて研修を受けたいので申し込みます。

記

1. 希望研修プログラム 麻酔科研修プログラム
2. 研修を受けたい理由