

臨床研修開始届

年 月 日

茨城県知事 殿

修学研修生 住所
氏名

下記のとおり臨床研修を開始したので、茨城県海外対象医師修学研修資金貸与条例施行規則第17条第2項の規定により届け出ます。

記

修学研修生番号		
臨床研修施設	名称	
	所在地	〒 電話 ()
臨床研修開始年月日	年 月 日	
上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 医療機関の長 印		