

提出期限：研修先が決まり次第速やかに。令和5年1月13日（金）まで

（様式）

## 専門研修指定願い

令和 年 月 日

長野県知事 様

〒〇〇〇〇－〇〇〇〇

住 所： 長野市・・・・

氏 名： 長 野 太 郎

臨床研修病院： 〇〇市民病院

長野県医学生修学資金貸与規程第14条第1項イに該当する専門  
研修として、下記研修を認めていただくようお願いします。

## 記

病院名 (基幹施設)	研修名 (プログラム名・診療科)	研修期間
〇〇病院	(プログラム名) △△△プログラム (診療科) ●●科	基幹施設：(2)年 連携施設：(1)年
		令和(4)年(4)月 ～ 令和(7)年(3)月

※研修内容が分かる資料を添付してください。

## 上記基幹施設を希望する理由

・将来的に、●●科として貢献していきたいと思っており、様々な症例が学べることや、  
連携施設が豊富であるため、本施設を希望する。