

記載例

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

住 所： 長野市 · · · · ·

氏 名： 長野 太郎

臨床研修病院： ○○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
○○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。