

様式第2号(第5条関係)(用紙 日本工業規格A4縦型)

研 修 実 施 計 画 書

平成 年 月 日

静岡県知事 川勝 平太 様

(修学生等番号 第 号)

住 所

氏 名 ㊟

研修先の医療機関の 名称			
研修先の医療機関の 所在地			
研 修 期 間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		
研修の種類 (該当する番号を○で 囲むこと。)	1 小児科専門研修 2 産婦人科専門研修 3 麻酔科専門研修 4 その他()		
研修の概要 (資料があれば添付してください。)			
項目	時期	研修内容	実施場所