

# 就 任 承 諾 書

令和 年 月 日

地方独立行政法人  
岐阜県総合医療センター  
理事長 滝谷 博志 様

住 所

氏 名



私は、令和4年4月1日から令和5年3月31日まで、地方独立行政法人岐阜県総合医療センター臨床研修医師に就任することを承諾します。