

臨床研修申込書

岩見沢市立総合病院
院長 高橋 典彦 様

私は、岩見沢市立総合病院において初期臨床研修を希望しますので、関係書類を添えて申し込みいたします。

令和 年 月 日

フリガナ		生年月日
氏名	⑩	昭和 平成 年 月 日
現住所	〒 ー	
	電話 ()	
メールアドレス:		
帰省先住所		
在学学校名 (出身大学)	大学 学部 学科	令和 年 月 卒業 (見込)
当院を希望する理由・動機		
将来における希望進路・診療科目		
研修に関する希望・抱負		
宿舎希望	有り ・ 無し ・ 未定	
備考欄		

添付書類：履歴書、成績証明書・健康診断書（大学発行のもので可）・卒業（見込み）証明書