

# 臨床研修申込書

糸魚川総合病院

病院長 山岸 文範 様

私は貴院での研修を希望し、下記により申込をいたします。

令和 年 月 日

(ふりがな)				性別	男・女	配偶者	有・無
氏名	⑩						
生年月日	昭和・平成 年 月 日生まれ( 歳)						
現住所	〒 TEL						
上記以外の連絡先	〒 TEL						
卒業(予定)大学名					卒業(予定)年月日	年 月 日	
将来専攻を希望する診療科							
認定医/専門医の取得希望							
宿舎の希望	有・無	有の場合(家族構成等)				駐車場希望	有・無
○当院での研修を希望し専攻を決めた理由					○面接委員記入欄		