

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、所定の書類を添えて申込をいたします。

年 月 日

(ふりがな)				性 別	男 ・ 女	
氏 名	⑩			生年月日 年 月 日 (歳)		
出身大学	大学 学部 年 月 () 卒業 () 卒業見込					
現 住 所	〒					
	自宅電話			携帯電話		
	E-mail					
※上記以外 帰省先等 住所	〒					
	電 話					
将来専攻を希望する診療科						
宿舍の希望	有 ・ 無	配偶者	有 ・ 無	駐車場の希望	有 ・ 無	
修学資金等 貸与の有無	有 ・ 無 (名称：)					
新潟県イノベーター育成コース受講希望			有 ・ 無			
◎当院での研修を希望した理由				◎面接委員記入欄		

※現住所と異なる住所に書類の送付を希望する場合は記載をお願いします