卒後臨床研修申込書

西暦　　　年　　　月　　　日

医療生協わたり病院

院長　遠藤 剛　殿

私は、貴病院にて初期臨床研修を行いたいので、関係書類を添えて申し込みます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性別 | 生年  月日 | 昭和・平成　　年 　月　 日  （満　　　歳） |
| 氏　　　名 |  |  |
| 大　学　名 | 在学中　・　既卒（　　　　年卒） | | | |
| 現　住　所 | 〒　　　　－  電話番号　　　　（　　　　） | | | |
| E-mail |  | | | |
| 当院受験の理由 |  | | | |
| 将来の医師像 |  | | | |
| 当院を知ったきっかけ |  | | | |
| 添付書類 | 【　　】履歴書（当院指定様式）　・　【　　】成績証明書 | | | |

【送信先】FAX 024-521-1979　又は　E-mail：rinken@fmc.u-coop.or.jp

医療生協わたり病院　医師臨床研修担当　最上・東條まで