

# 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<br>月日 | 昭和・平成 年 月 日<br>(満 歳) |
| 氏 名        |                           |    |  |          |                      |
| 大 学 名      | 在学中 ・ 既卒 ( 年卒)            |    |  |          |                      |
| 現 住 所      | 〒 ー<br>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](mailto: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

*FMC Watari Hospital*