

研修申込書

福島県厚生農業協同組合連合会
白河厚生総合病院長 様

私は、白河厚生総合病院において後期臨床研修を希望しますので、関係書類を添えて申込みいたします。

平成 年 月 日

フリガナ	
氏名	⑨
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (満 才)
性別	男・女
現住所	〒
	電話 () 携帯 () メールアドレス:
専門研修プログラム名	
希望在籍診療科	

- 注) 1. 関係書類として、履歴書(所定様式)、医師免許証の写、初期臨床研修修了(見込)証明書を添付して下さい
2. 申込書は臨床研修関係目的以外には使用しません