

平成 年度臨床研修医採用選考申込書

平成 年 月 日

米沢市立病院  
病院長 渡 邊 孝 男 様

氏 名 印

私は、貴院において臨床研修を行いたく、関係書類を添えて申込みいたします。

|                 |                           |
|-----------------|---------------------------|
| ふりがな            |                           |
| 氏 名             | 男 ・ 女                     |
| 生年月日            | S・H 年 月 日 生               |
| 現住所             | 〒 -                       |
| 連絡先             | 〒 -<br>TEL :<br>メールアドレス : |
| 卒業(予定)<br>大 学 名 | 大学                        |
| 研修希望<br>診 療 科   |                           |