

令和2年度大崎市民病院初期臨床研修申込書

令和 年 月 日

大崎市民病院

院長 並木 健二 様

氏 名

印

大崎市民病院研修プログラムによる初期臨床研修を希望いたしますので、所定の書類を添えて申込いたします。

フリガナ	
氏 名	(男 ・ 女)
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日 (才)
現 住 所	〒 _____ TEL (_____) _____ E-mail _____
受験票送付先 ※現住所以外の送付先を希望の場合のみご記入ください。	〒 _____ TEL (_____) _____
出身大学	大学 令和 年 月 日 卒業見込
希望選考日 ※希望する日にチェックを付けてください。	<input type="checkbox"/> 1回目 令和元年8月9日(金) <input type="checkbox"/> 2回目 令和元年8月15日(木) <input type="checkbox"/> 3回目 令和元年8月22日(木) <input type="checkbox"/> 4回目 令和元年8月29日(木) <input type="checkbox"/> 5回目 令和元年9月5日(木) <input type="checkbox"/> その他(上記日程で都合が合わない場合のみ) ※日程調整のうえ、ご連絡いたします。