

平成30年度総合南東北病院卒後臨床研修プログラム

採用申請書

平成 年 月 日

総合南東北病院 病院長 寺西 寧 殿

申請者 氏名 _____ 印

総合南東北病院卒後研修プログラムによる卒後研修を志望しますので、研修医として採用願いたく所定の書類を添えて申請します。

なお、採用された場合は、総合南東北病院ならびに研修協力病院・施設の規則等に従い勤務します。

氏名 (ふりがな)	_____ (男・女) 昭和・平成 年 月 日生
現住所	〒 _____ 電話 : _____ E-mail : _____
連絡先 (*帰省先等上記以外の連絡先がある場合記入して下さい。)	〒 _____ 電話 : _____ E-mail : _____
出身大学	_____ 大学 平成 年 月 日 卒業 卒業見込
医師免許証	平成 年 月 取得 (見込み)
面接希望日 ※希望日に○印を付けて下さい	平成29年8月12日 (土) () 9月9日 (土) () 9月30日 (土) ()