

新武雄病院 臨床研修願書

令和 年 月 日

一般社団法人巨樹の会 新武雄病院 院長 殿

私は貴院での臨床研修を希望しますので提出いたします。

ふりがな			性別
氏名	印		男・女
生年月日	昭和	年 月 日	年齢
	平成		歳
現住所	(〒 -)		
電話	(連絡先)	E-mail	
	(携帯)		
出身大学	大学		
	平成・令和 年 月 日 卒業(見込み)		
面接希望日	第1希望日: 年 月 日	第2希望日: 年 月 日	
	第3希望日: 年 月 日	第4希望日: 年 月 日	
帰省先住所	(〒 -)		
帰省先電話	(連絡先)		
備考			

※あらかじめ研修修了後の希望専門分野が決まっている場合は、記入して下さい。
また、連絡方法、連絡先等で指定がある場合など、その他事項は備考欄に記入して下さい。

〒843-0024
佐賀県武雄市武雄町大字富岡12628番地
新武雄病院 総務課 臨床研修担当 森
TEL 0954-23-3111
E-mail kensyu@shintakeo-hp.or.jp