

令和7年度むつ総合病院臨床研修申込書

令和 年 月 日

むつ総合病院院長 様

氏 名 印

私は、下記により令和7年度むつ総合病院臨床研修プログラムに応募します。

記

ふりがな		生 年 月 日 (年齢)・性別	昭和 年 月 日 平成 (歳) 男・女
氏 名			
現住所	〒 電話 (携帯電話) FAX メールアドレス		
帰省先 (連絡先)	〒 電話 FAX		
出身大学	令和 年 月 (卒業・卒業見込) 大学 学部 学科		
面接日	希望する日に○をつけてください。 ①令和6年8月18日(日)13時～ () ②令和6年8月19日(月)10時～ () ③令和6年9月 7日(土)13時～ () ※日程が不都合な場合は、別に日時を調整しますのでご相談ください。		

提出先：むつ総合病院 臨床研修教育課 臨床研修教育係
〒035-8601 むつ市小川町一丁目2番8号
TEL : 0175(22)2111 FAX : 0175(22)4439