

むつ総合病院臨床研修申込書

年 月 日

むつ総合病院院長 様

氏 名

印

私は、下記により令和3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	昭和	年	月	日
氏 名		(年齢)・性別	平成			
			(歳)		男・女	
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2年8月22日(土) 10時～ () ②令和2年8月23日(日) 10時～ () ③令和2年9月6日(日) 10時～ () ④令和2年10月3日(土) 10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

※メールアドレスを必ず記載してください。面接に関する連絡はメールにて行います。