

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6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 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	面接希望日を第3希望までお知らせください (申込日から2週間後以降の日にか)。 第1希望: 令和 年 月 日 曜日 第2希望: 令和 年 月 日 曜日 第3希望: 令和 年 月 日 曜日 ※面接時間は午後から、日にちが決まりしだい時間のご相談をいたします。		

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。