

令和9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9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8年8月18日(火) 13時～ ( ) ② 令和8年8月19日(水) 10時～ ( ) ③ 令和8年9月 5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