令和　　　年　　　月　　　日

臨床研修申込書

新潟県立十日町病院

院　長　吉嶺　文俊　様

　新潟県立十日町病院において臨床研修を希望しますので、関係書類を添えて申し込みます。

　　　　　　　　　〒

住　　所

メールアドレス　　　　　　　　　　　　　　＠

携帯電話番号

氏名（ふりがな）　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　）

生年月日　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

※ご記入いただいたメールアドレスあてに、面接に関する連絡をさせていただきます。