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。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名（ふりがな） | 　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　） |
| 住　　　　　所 | 　〒　 |
| 携　帯　番　号 |  |
| メールアドレス |  |
|  生　年　月　日 |  |
|  マッチングＩＤ | 　 |

希望する臨床研修プログラム　 ※複数のプログラムを希望することも可能です。

|  |  |
| --- | --- |
| プログラム名 | プログラム番号 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

備考

|  |
| --- |
|  |

※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。