

平成____年度 有給研修医希望者 受付記入用紙

※太枠内をご記入下さい。何かお伝えすることがありましたら、“その他”にお書き下さい。

ふりがな		
氏名		
卒業した大学名		
卒業(卒業見込み)年月日	年	月 日 卒
就職先名	(所在地: 市)	
就職先電話番号		
連絡先(自宅・携帯等)	自宅)	携帯)
PC e-mail ※Wordファイルをお送りします		
希望科	全科	
その他		
担当医確認の有無(担当者より)	有	無
その他		

(有給研修医の募集は、毎年6月頃に担当者より連絡いたします。)