臨床研修医申込書

JA北海道厚生連　遠軽厚生病院
　　院 長　稲葉　聡　　様

私は下記のとおり、貴院において研修を受けたいので申込いたします。

令和　　年　　月　　日

氏名　　㊞

フ　リ　ガ　ナ		性　別	配偶者
氏　　名		男・女	有・無
生　年　月　日	年　　月　　日生（　　）歳		
現　住　所	TEL		
上記以外の連絡先	TEL		
卒業（予定）大学名		卒業（予定）年月：　　年　　月	
在籍している大学講座名または病院診療科名			
将来専攻したい診療科名			
医師住宅の希望	有・無	有の場合（家族構成）：	
当院での研修を希望した理由			

面接委員記入欄