

(別記様式1)

令和 年 月 日

総合病院 中津川市民病院

病院長 関谷 正徳 様

臨床研修医申込書

貴院の初期臨床研修プログラムを了承した上で、総合病院中津川市民病院臨床研修医として採用願いたく、所定の書類を添えて申し込みます。

区分	医科 ・ 歯科 (いずれかに○)
フリガナ 氏 名	
生年月日	年 月 日
性 別	☐ 男 ☐ 女
現 住 所	〒 — —
連 絡 先	TEL — — MAIL @
出身大学及び 卒業年次	大学 年卒（予定含む）
志望理由	
選 考 日 (希望日を記入してください)	第1希望 年 月 日 第2希望 年 月 日

※「性別」欄：記載は任意です。未記載とすることも可能です。