

臨床研修申込書

年 月 日

加賀市医療センター
病院長 小橋 一功 様

私は、加賀市医療センター初期臨床研修プログラムによる臨床研修を志望しますので、
所定の書類を添えて申請いたします。

ふりがな		性別
氏名	⑩	男 ・ 女
生年月日	昭和・平成 年 月 日生 () 歳	
現住所	〒 —	
電話番号	() —	
メールアドレス		
連絡先	〒 — (現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入) 電話番号 () —	
出身大学	年 月 卒業 ・ 卒業見込み	

(添付書類) ①履歴書 ②卒業(見込)証明書