臨床研修申込書

　　　年　　　月　　　日

加賀市医療センター

病院長　北井　隆平　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 | ㊞　　 | 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　③成績証明書　④小論文