

むつ総合病院臨床研修申込書

年 月 日

むつ総合病院院長 様

氏 名 印

私は、下記により令和2年度むつ総合病院臨床研修プログラムに応募します。

記

ふりがな		生年月日 (年齢)・性別	昭和 平成 (歳) 男・女
氏 名			
現住所	〒 電話 (携帯電話) FAX メールアドレス※		
帰省先 (連絡 先)	〒 電話 FAX		
出身大学	年 月 (卒業 ・ 卒業見込) 大学 学部 学科		
面接日	面接希望日を第3候補まで上げてください。ご希望日から日時を調整します。 第1希望 月 日 () 午前・午後 第2希望 月 日 () 午前・午後 第3希望 月 日 () 午前・午後		

提出先：むつ総合病院 臨床研修教育課 臨床研修教育係
〒035-8601 むつ市小川町一丁目2番8号
TEL：0175(22)2111 FAX：0175(22)4439

※メールアドレスを必ず記載してください。面接に関する連絡はメールにて行います。