

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	昭和 平成	年 月 日
氏 名		(年齢)・性別	(歳)	男・女
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	平成 年 月 (卒業・卒業見込) 大学 学部 学科			
面接日	希望する日に○をつけてください。 ①令和元年8月17日(土) 10時～ () ②令和元年8月18日(日) 9時～ () ③令和元年9月 1日(日) 10時～ () ※日程が不都合な場合は、別に日時を調整しますのでご相談ください。			

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。