

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 8 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 年 月 日 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	令和 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希望までお知らせください。 第1希望：令和 年 月 日 曜日 第2希望：令和 年 月 日 曜日 第3希望：令和 年 月 日 曜日 ※面接時間は午後から、日にちが決まりしだい時間のご相談をいたします。		

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。