

平成 31 年度新百合ヶ丘総合病院卒後臨床研修プログラム

採用申請書

平成 年 月 日

新百合ヶ丘総合病院 病院長 笹沼 仁一 殿

申請者 氏名 _____ 印

新百合ヶ丘総合病院卒後研修プログラムによる卒後研修を志望しますので、研修医として採用願いたく所定の書類を添えて申請します。

なお、採用された場合は、新百合ヶ丘総合病院ならびに研修協力病院・施設の規則等に従い勤務します。

（ふりがな） 氏 名	昭和・平成 年 月 日生 （男・女）
現 住 所	〒 - 電話： E-mail：
連 絡 先 （* 帰省先等上記以外 の連絡先がある場合 記入して下さい。）	〒 - 電話： E-mail：
出 身 大 学	大学 平成 年 月 日 卒業見込
医 師 免 許 証	平成 年 月 取得（見込み）
面 接 希 望 日 ※希望日に○印 を付けて下さい	1) 平成 30 年 8 月 16 日（木）（ ） 2) 平成 30 年 9 月 20 日（木）（ ）