

2022 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

西暦 2021 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	_____ (男・女) 西暦 年 月 日生
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 西暦 年 月 日 卒 業 卒業見込
医 師 免 許 証	西暦 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) 2021年8月26日(木) () 2) 2021年9月9日(木) ()