平成　　年　　月　　日

水戸赤十字病院 院長　様

写真

臨　床　研　修　申　込　書（初期）

水戸赤十字病院の初期臨床研修医として採用願いたく、所定の書類を添えて申し込みますので、よろしくお願いします。

現　住　所	〒（　　－　　） Tel　　－　　－
メールアドレス	
(フリガナ) 氏　　名 生年月日	（　　） 年　　月　　日生（満　　歳）　男　・　女
連　絡　先 (帰省先・実家等)	〒（　　－　　） Tel　　－　　－
出身大学および 卒業年次	大学医学部　平成　　年卒（予定も含む）
医師免許証 (該当者のみ)	平成　　年　　月　　日　取　得・　見　込 第　　号