

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、よろしくお願ひします。

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 年卒 (予定も含む)
医師免許証 (該当者のみ)	年 月 日 取得・見込 第 号