

臨床研修申込書

西暦 年 月 日

独立行政法人国立病院機構
弘前総合医療センター 病院長 殿

住所

氏名

印

大学名

電話番号

メールアドレス

私は、下記のとおり、貴院にて研修を受けたいので、別紙、所定の履歴書を添付の上、申し込みいたします。

記

1 初期臨床研修医

2 研修期間 2年

3 将来専門としたい科 _____ 科

以上