初期臨床研修病院説明会　申込書

国立病院機構弘前総合医療センター

〒036-8545青森県弘前市大字富野町１

独立行政法人国立病院機構弘前総合医療センター

事務部管理課　庶務係

TEL　０１７２－３２－４３１１

FAX　０１７２－３３－８６１４

E-mail　106-Rinken2@mail.hosp.go.jp

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申込年月日 | 年　　月　　日 | 性別 |  |
| 氏名　 |  | ふりがな |  |
| 大学名・学年 | 　　　　　　　　　　大学　　　　年在学中・卒業 |
| 現住所 | 〒 |
| 出身地 | 　　　　　　　　都・道・府・県 |
| 携帯番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 面談希望診療科・質問事項など | ※今回の説明会後、各診療科にて質問を受け付けます。希望の診療科を一つ以上指定して下さい。【必須】 |