

臨床研修申込書

社会福祉法人

北海道社会事業協会小樽病院

院 長 宮本 憲行 殿

私は、貴病院において研修を受けたいので、下記のとおり申し込みいたします。

申込年月日： 令和 年 月 日

ふりがな			性別	配偶者
氏名	⑩		男・女	有・無
生年月日	昭和 平成 年 月 日生（ 歳）			
現住所	〒			
連絡先	電 話 (FAX)			
	携帯電話			
	E-mail			
上記以外の連絡先	(住所・電話・携帯電話等)			
卒業（予定）大学名			令和 年 月	
将来専攻したい診療科				
当院での研修を希望した理由				
※私は地域枠学生で ある ・ ない ○を記入してください。				
※マッチングユーザーID（ ）				