

紀南病院 医師臨床研修申込書

令和 年 月 日

紀南病院病院長 阪越 信雄 様

願出人 〒( ) TEL( )

現住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

生年月日 \_\_\_\_\_

下記により、貴院における臨床研修医として採用されるようお願いいたします。

記

- 1 : 研修期間
- |                |
|----------------|
| 令和 3年 4月 1日から  |
| 令和 5年 3月 31日まで |
- 2 : 添付書類
- |             |           |
|-------------|-----------|
| 1) 履 歴 書    | 1通 (写真貼付) |
| 2) 卒業見込み証明書 | 1通        |

以上