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します。

記

１ :研修期間　　令和　5年　4月　1日から
令和　7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