

医師採用選考申込書

平成 年 月 日

米沢市立病院
病院長 渡 邊 孝 男 様

氏 名 印

私は、貴院において臨床研修を行いたく、関係書類を添えて申込みいたします。

ふりがな	
氏 名	男 ・ 女
生年月日	S・H 年 月 日 生
現住所	〒 —
連絡先	〒 — TEL : メールアドレス :
卒業(予定) 大学名	大学
診療科	