

平成 年度 八戸赤十字病院後期臨床研修申込書

平成 年 月 日

八戸赤十字病院長 殿

私は、八戸赤十字病院での後期臨床研修を希望するため、関係書類を添えて
申し込みいたします。

氏名

印

ふりがな	
氏名	男 ・ 女
生年月日	年 月 日 生 (歳)
現住所	〒 TEL (自宅 ・ 携帯) E-mail
連絡先 (帰省先)	〒 TEL
希望する 研修診療科 (○を記入す ること)	内科領域

◇提出書類 (関係書類を確認後レ点でチェックすること)

- 八戸赤十字病院後期臨床研修申込書
- 履歴書 (当院指定様式)
- 医師免許証 (写し)
- 初期臨床研修修了 (見込) 証明書

【提出先】 八戸赤十字病院 事務部経営企画課 (臨床研修事務局)

〒039-1104 青森県八戸市大字田面木字中明戸 2

TEL 0178-27-3111 (内線1132) FAX 0178-27-3121