

# 令和 年度 八戸赤十字病院臨床研修申込書

令和 年 月 日

八戸赤十字病院長 殿

私は、八戸赤十字病院臨床研修プログラムに基づく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
出身大学	大学 学部 令和 年 月 日 ( 卒業 ・ 卒業見込 )

◇提出書類 (関係書類を確認後レ点でチェックすること)

- 八戸赤十字病院臨床研修申込書  
 履歴書 (当院指定様式)  
 成績証明書  
 卒業 (見込) 証明書

【提出先】八戸赤十字病院 事務部総務課 (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