

臨床研修申込書

年 月 日

済生会新潟病院

院長 本間 照 様

申請者

氏 名 _____ 印

私は、貴病院の初期臨床研修医として採用願いたく、下記のとおり必要書類を添えて申請いたします。

記

| | |
|------------------------|------------------------|
| ふりがな 氏 名 生年月日・性別 | 年 月 日 (男 ・ 女) |
| 希望研修期間 | 2022年4月1日 ~ 2024年3月31日 |
| 出身大学 (卒業年月日) | 年 月 日 (卒業 ・ 卒業見込) |
| 医籍登録番号 及び年月日 | 第 _____ 号 年 月 日 |
| *マッチング ID | |

(添付書類) 1. 自筆履歴書 (当院所定様式)

2. 卒業証明書 (写) または卒業見込証明書 (原本)

3. 医師免許証 (取得者のみ、写)

(備 考) *マッチング ID 未取得の方は、ID 取得後、下記 FAX 番号又は E メールにてご連絡ください。

*氏名の漢字は、国家試験出願書類と同じ字体で記入してください。

済生会新潟病院 教育研修センター
〒950-1104 新潟県新潟市西区寺地 280-7
TEL : 025-233-6161 (内線 2253)
FAX : 025-233-8880
E メール : rinkensaiseikai.or.jp