

臨床研修申込書

平成 年 月 日

済生会新潟第二病院

院長 吉田 俊明 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	昭和・平成 年 月 日 (男・女)
希望研修期間	平成28年4月1日～平成30年3月31日
出身大学 (卒業年月日)	平成 年 月 日 (卒業・卒業見込)

(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. 成績証明書

(備考) * 医学修学資金等の貸与を受けている、もしくは地域枠対象学生は事前
にご連絡ください。

済生会新潟第二病院 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 : rinkin@ngt.saiseikai.or.jp