

令和6年度（2024年度）
市立ひらかた病院 臨床研修申込書

市立ひらかた病院
病院長 林 道廣 様

年 月 日

申込者 (ふりがな) 氏 名 _____ 印

生年月日 _____ 年 月 日

現住所 (〒 _____)

連絡先 TEL : _____

E-mail : _____

下記により、貴院における臨床研修を希望しますので添付書類を添えて申し込みます。

記

1. 将来の志望診療科名 _____ 科・未定

2. 添付書類 履歴書（写真貼付）
卒業（見込み）証明書
学業成績証明書
健康診断書（または学校健康診断結果の写し）

3. 選考希望日時

①令和5年7月29日（土） 午前10時

②令和5年8月19日（土） 午前10時

※但し、申込者の数により、開始時間を変更する場合があります。

（希望の番号に○をしてください。ご希望に添えない場合もあります。）