

福岡新水巻病院 臨床研修願書

年 月 日

福岡新水巻病院 院長 殿

私は貴院での臨床研修を希望しますので、必要書類を添付のうえ提出致します。

ふりがな		生年月日	昭和 平成	年	月	日
氏名	Ⓜ	年齢	歳	性別	男・女	
現住所	〒					
電話	連絡先		E-mail			
	携帯					
勤務先						
出身大学	大学 年 月 日 卒業					
面接 希望日	第1希望日		第2希望日			
	第3希望日		第4希望日			
	受験者多数の場合ご希望に添えない場合があります。					
備考※						

※ あらかじめ研修終了後の希望分野が決まっている場合は、記入してください。
また、連絡方法、連絡先等で指定がある場合など、その他事項は備考欄に記入してください。

この書類は、添付書類を同封のうえ郵送(書留)にて、下記までお送りください。

〒807-0051
福岡県遠賀郡水巻町立屋敷 1-2-1
福岡新水巻病院 総務課 臨床研修担当宛て
TEL 093-203-2223 (総務課 直通)
E-mail: jinji3@shinmizumaki-hp.jp