

年 月 日

長野松代総合病院
医師臨床研修応募申込書

長野県厚生農業協同組合連合会
長野松代総合病院
統括院長 春日 好雄 殿

ふりがな
氏名 _____ 印
生年月日 _____ 年 月 日(男・女)

下記のとおり2018～2019年度の長野松代総合病院臨床研修プログラムにおける医師臨床研修採用に応募いたしたく申したいします。

記

1. 大学名 _____
2. 卒業または見込み年月日 _____ 年 月 日
3. 出身地住所 _____
都道府県
電話番号 () _____
4. 連絡先住所 _____
都道府県
電話番号 () _____
携帯電話 () _____
メールアドレス _____
5. 添付書類 履歴書・卒業見込証明書・成績証明書・作文