臨床研修申込書

令和　　　年　　月　　日

新潟県厚生農業協同組合連合会

新 潟 医 療 セ ン タ ー

病院長　　　吉澤　弘久　様

申請者氏名　　　　　　　　　　印

私は貴院での研修を希望し、下記により申込をいたします。

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな）氏名 | 性　別　　男・女配偶者　　有・無 |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　　年　　　　月　　　　日生まれ（　　　　歳） |
| 現住所 | 〒　　　　　TEL |
| 上記以外の連絡先 | 〒　　　　　TEL |
| 卒業（予定）大学名 |  | 卒業（予定）年月 | 　　　年　　　月 |
| 将来専攻を希望する診療科 |  |
| 認定専門医の取得希望 |  |
| 駐車場希望 | 有　・　無 |
| * 面接委員記入欄（応募者は記入しないこと）
 |

（添付書類）

1. 当院指定の履歴書 問合せ先
2. 卒業証明書（写）または卒業見込証明書（原本）　　　　新潟医療センター　臨床研修担当
3. 医師免許証（取得者のみ、写）　　　　　　　　　　　　TEL：025-232-0111　FAX：025-231-3431

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　E-メール：rinsho@niigata-medical.jp