

# 新久喜総合病院 臨床研修願書

平成 年 月 日

## 新久喜総合病院 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	携帯		E-mail			
	自宅					
出身大学	大学 平成 年 月 日 卒業(見込み)					
勤務先						
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		
	受験者多数の場合は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。

〒346-8530  
埼玉県久喜市上早見418-1  
新久喜総合病院 総務課 臨床研修医担当宛て  
TEL 0480-26-0033  
E-mail: jinji2841@shinkuki-hp.jp