社会保険紀南病院　臨床研修医申込書

平成　　年　　月　　日

社会保険紀南病院長　赤木　秀治　様

願 出 人　〒（　　－　　）　ＴＥＬ（　　）

現 住 所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

生年月日　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

下記により、貴院における臨床研修医として採用されるようお願いします。

記

１．研修期間　　平成　２４年　　４月　　１日から
　　平成　２６年　　３月　３１日まで

２．添付書類　　１）履　　歴　　書　　１通（写真添付）

　　２）卒業見込証明書　　１通