

伊勢赤十字病院専門研修申込書

平成 年 月 日

伊勢赤十字病院長 様

願出人 〒 () TEL ()

現住所 _____

氏名 _____ 印

生年月日 _____

メールアドレス _____

下記により、貴院における後期研修医（専攻医）として採用されるよう、お願いいたします。

記

1. 志望採用期間 平成30年4月 1日から
平成33年3月31日まで(麻酔科は平成34年3月31日まで)

2. 志望専攻プログラム (いずれかに○印) 内科の場合は志望コース名も記入

内 科 () コース

産婦人科

麻 酔 科

3. 添付書類 1) 自筆履歴書 1通 (写真添付)

2) 臨床研修修了見込証明書 1通

3) 医師免許証の写し 1通

以上