

伊勢赤十字病院専攻医申込書

令和 年 月 日

伊勢赤十字病院長 様

願出人 氏名 () 携帯電話 ()

現住所 _____

氏名 _____ (印)

生年月日 (西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日

メールアドレス _____ @ _____

下記により、貴院における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 2023年4月 1日から
2026年3月31日まで (麻酔科は2027年3月31日まで)
2. 志望専門研修プログラム (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
外科
産婦人科
麻酔科
3. 添付書類 1) 自筆履歴書 (写真貼付) 1通
2) 医師免許証の写し 1通
3) 次のいずれかを1通
 - ・推薦状
 - ・臨床研修修了見込証明書または臨床研修修了証の写し

以上