

令和 年 月 日

市立川西病院長 様

写真 (縦5cm 横4cm)

写真の裏には必ず氏名を
明記してください。

臨床研修申込書

市立川西病院の常勤嘱託医(研修医)として採用願いたく、所定の書類を添えて 申し込み
ますので、よろしく願いいたします。

申 込 者	現住所	〒(—) TEL — —
	メールアドレス	
	(ふりがな) 氏名 生年月日	昭和・平成 年 月 日生 男・女
	連絡先 (帰省等の場合 は帰省先等)	〒(—) TEL — —
	出身大学	(令和 年度卒業予定)
選択志望	選択1(科) 選択2(科)	