

令和5年度黒石市国民健康保険黒石病院臨床研修申込書

令和 年 月 日

黒石市国民健康保険黒石病院長 殿

私は、下記により令和5年度黒石病院卒後臨床研修プログラムに応募致します。

氏 名

印

ふりがな 氏 名		生年月日 年齢・性	S・H (歳)	年 月 日 男 ・ 女	日生
現 住 所	〒 電話（携帯）： F A X： メールアドレス：				
帰省先 (連絡先)	〒 電話： FAX：				
出身大学	年 月 日 (卒業 ・ 卒業見込み) 大学 学部 学科				
選 考 (面接)	主な希望日を複数記入してください（参考にして、後に当方から連絡します）。				

提出先：黒石市国保黒石病院事務局 臨床研修担当
〒036-0541 黒石市北美町1丁目70
TEL：0172-52-2121 FAX：0172-52-5682