

____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____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・性別	年 月 日 生 (歳) 男 ・ 女
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：〒036-0541 青森県黒石市北美町一丁目70番地
黒石市国保黒石病院事務局 臨床研修担当
TEL：0172-52-2121 FAX：0172-52-5682