

平成 31 年度東部地域病院臨床研修医 研修申込書

年 月 日

(公財) 東京都保健医療公社
東部地域病院 院長 殿

私は、東部地域病院において、下記のとおり臨床研修を受けたいので履歴書等、必要書類を添えて申し込みます。

| | | | |
|--------------|---|----|-----|
| ふりがな | | | 性別 |
| 申込者氏名 | ⑩ | | 男・女 |
| 生年月日 | 年 月 日 | 年齢 | 歳 |
| 現住所 | 〒 ー | | |
| 連絡先 | 自宅電話番号 () | | |
| | 携帯電話番号 () | | |
| | E-mail : | | |
| 受験希望日 | 7月30日(月): 第 希望 <input type="checkbox"/> 不可 8月20日(月): 第 希望 <input type="checkbox"/> 不可 8月27日(月): 第 希望 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> どちらでも可 | | |
| 当院で研修を希望する理由 | | | |
| 宿舎希望 | 有 ・ 無 ・ 検討中 () | | |