

平成 30 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			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12日(水) : 第 希望 <input type="checkbox"/> 不可 7月24日(月) : 第 希望 <input type="checkbox"/> 不可 8月 7日(月) : 第 希望 <input type="checkbox"/> 不可 8月28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 ()		