

霞ヶ浦医療センター病院長 殿

臨床研修願

霞ヶ浦医療センター臨床研修医として採用願いたく、所定の書類を添えて申込みます。

年 月 日現在

フリガナ			
氏名			
年 月 日 生 (満 歳)	男 ・ 女		

【写真を貼る位置】

- 写真を貼る場合
1. 縦：36～40mm
横：24～30mm
2. 本人単身胸から上
3. 裏面のりづけ

フリガナ			
現住所	〒 _____ 電話 () _____		
e-Mail	_____ (添付ファイルを受け取れるものをご記入ください)		
フリガナ 帰省先 (実家等)	〒 _____ 電話 () _____		

学歴 (高校卒業から記入)

卒業年月 (見込)	高校・大学・学部学科名
年 月	
年 月	
年 月	

医師免許 (取得済の場合のみ)

取得年月日	医籍登録番号
年 月 日	第 _____ 号

志望動機・その他資格等・特記欄

--

【添付書類】

- ①卒業見込証明書または卒業証書 (写)
- ②在学証明書 (①が発行できない場合のみ)
- ③成績証明書 (①～③は、大学医学系学部のものを出すること)
- ④医師免許証 (写) (取得済の場合のみ)
- ⑤臨床研修中断証 (写) (再開を希望する場合のみ)