

福岡和白病院 臨床研修願書

年 月 日

福岡和白病院長 殿

私は貴院での臨床研修を希望しますので、必要書類を添付のうえ提出致します。

ふりがな		生年月日	昭和 平成	年	月	日
氏名		年齢	歳	性別	男・女	
現住所	〒					
電 話	連絡先	E-mail				
	携 帯					
勤務先						
出身大学	大学 年 月 日 卒業					
面接 希望日	第1希望日	第2希望日				
	第3希望日	第4希望日				
	受験者多数の場合ご希望に添えない場合があります。					
備考※						

※ あらかじめ研修終了後の希望分野が決まっている場合は、記入してください。
また、連絡方法、連絡先等で指定がある場合など、その他事項は備考欄に記入してください。

この書類は、添付書類を同封のうえ郵送(書留)にて、下記までお送りください。

〒811-0213
福岡県福岡市東区和白丘2丁目2-75
福岡和白病院 総務課 臨床研修担当
TEL 092-608-0001
E-mail:kensyu@f-wajirohp.jp