#  （西暦）　　　　年　　　月　　　日

後期臨床研修医（専攻医）応募申込書

社会福祉法人恩賜財団済生会横浜市東部病院

院長　三角　隆彦　殿

（フリガナ）

#  氏 名

今般、貴院の後期臨床研修医（専攻医）に応募致したく、関係書類を添えて申し込みま す。

|  |  |
| --- | --- |
| 希 望 診 療 科 |  |
| 生 年 月 日 | （西暦） | 年 月 | 日 |
| 性 別 | 男 ・ 女 |
| （フリガナ） | 〒 |  |
|  |
| 現 住 所 |
|  | TEL： |
| E メールアドレス |  |
| 希望連絡方法注１ |  |
| 所属病院名・部署 |  |
| 所属病院住所 | 〒 |  |
|  |
| 電話 |
|  | TEL： |
| 卒 業 大 学 名 | 大学　医学部　（西暦）　　　　年卒 |
| 医師免許取得年月 | （西暦） 年　　月 取得 |
| 備 考注２ |  |

注 1 希望連絡方法 ；Ｅ－メール、携帯、病院へ電話など具体的にご記入下さい。 注２ 備考 ; 研修方法の希望などなんでもご記入下さい。