

令和 9 年度採用

臨床研修申込書

年 月 日

済生会福島総合病院
院長 星野 豊 殿

私は、貴病院の済生会福島総合病院卒後臨床研修プログラムによる臨床研修を志望しますので、
所定の書類を添えて申請いたします。

ふりがな			性別	
氏名			男 ・ 女	
生年月日	年	月	日	年齢 満 歳
出身大学	大学 学部 年 月 () 卒業 () 卒業見込み			
現住所	〒 -			
電話番号	携帯：		自宅：	
E-mail				
試験 希望日	〔 〕 7 月 3 0 日 (木) 〔 〕 8 月 5 日 (水) 〔 〕 別日希望 ※希望する日程に○をつけてください。両日とも可能な場合は、両方に○をつけてください。			
修学資金 被貸与者	該当する ・ 該当しない 該当する場合修学資金の名称 ()			