

臨床研修医採用試験申込書

平成 年 月 日

独立行政法人地域医療機能推進機構
下関医療センター
院長 佐々木 功典 様

住 所

(電話：携帯)

氏 名

(生年月日 昭和・平成 年 月 日)

私は下記の期間、貴病院において臨床研修を受けたいので、必要事項を添えて申し込みいたします。

記

臨床研修を希望する期間 平成 年 月 日
平成 年 月 日