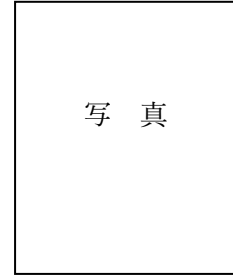


令和 年 月 日

水戸済生会総合病院 院長殿



臨床研修申込書

水戸済生会総合病院医員（研修医）として採用願いたく、所定の書類を添えて申し込めますので、よろしくお願いたします。

申 込 書	
現住所	〒 (—) Tel — —
メールアドレス	
(ふりがな) 氏名 生年月日	() 昭和 年 月 日生 平成 年 月 日生 男 ・ 女 (いずれかを○で囲んでください)
連絡先 (帰省先・実家等)	〒 (—) Tel — —
出身大学および 卒業年次	大学医学部 平成・令和 年卒 (予定も含む)
医師免許証 (該当者のみ)	平成 年 月 日 取得・見込 令和 年 月 日 取得・見込 第 号