

令和3年度山形県立新庄病院（基幹型臨床研修病院）初期臨床研修医採用選考申込書

令和 年 月 日

山形県立新庄病院長 八戸 茂美 殿

氏名

印

令和3年度山形県立新庄病院（基幹型臨床研修病院）初期臨床研修医に申し込みます。

ふりがな			
氏名		性別	男・女
生年月日	年 月 日		
現住所	〒		
	TEL - -		
連絡先 (※)	〒		
	TEL - - 携帯番号 - - e-mail @		
出身大学 (卒業・卒業予定)	(平成・令和 年度卒業 ・ 卒業予定 )		
公舎希望の有無	有 ・ 無		
備考			

※ 住所、電話番号、メールアドレスに病院からの連絡や通知文書などを送付しますので、確実に受け取れる住所等を記載してください。