臨　床　研　修　申　込　書

社会福祉法人
北海道社会事業協会帯広病院
院 長　　吉 田 一 郎　殿

私は、下記のとおり貴病院において研修を受けたいので申込みいたします。
令和　　年　　月　　日

氏　名　　㊞

ふりがな 氏　　名		男 女	配偶者 有 ・ 無
生 年 月 日	昭和 平成　　年　　月　　日生　（　　歳）		
現　住　所	mail:　　TEL:		
上記以外の連絡先	TEL:		
卒業(予定)大学名		卒業(予定)年月：　　年　　月	
在籍している大学講座名 又は病院診療科名	自　　至 自　　至		
将来専攻したい診療科			
当院での研修を希望した理由			