新行橋病院　臨床研修願書

平成　　年　　月　　日

新行橋病院院長　殿

私は新行橋病院での臨床研修を希望しますので、必要書類を添付のうえ提出いたします。

ふりがな		生年月日	昭和　　年　　月　　日		
氏　名	印	年　齢	歳	性　別	男・女
現住所	（〒　　－　　）				
電　話	(連絡先) (携帯)	E-mail			
出身大学	大学				
	平成　　年　　月　　日　卒業（見込み）				
面接希望日	第１希望日：　　年　　月　　日	第２希望日：　　年　　月　　日			
	第３希望日：　　年　　月　　日	第４希望日：　　年　　月　　日			
帰省先住所	（〒　　－　　）				
帰省先電話	(連絡先)				
備　考※					

※あらかじめ研修終了後の希望専門分野が決まっている場合は、記入してください。
また、連絡方法、連絡先等で指定がある場合など、その他事項は備考欄に記入してください。
施設の見学を希望される方は下記コースより選んで希望日をご記入ください。

		見学コース	第１希望日	第２希望日
見学希望	①	１日コース	年　　月　　日	年　　月　　日
	②	１泊２日コース	年　　月　　日～	年　　月　　日～
	③	２泊３日コース	年　　月　　日～	年　　月　　日～

この願書は、添付書類を同封のうえ郵送（書留）にて、下記までお送り下さい。

〒８２４－００２６
福岡県行橋市道場寺１４１１
新行橋病院　総務課　臨床研修担当
TEL　０９３０－２４－８８９９
E-mail　kensyu@shinyukuhashihospital.or.jp