

新行橋病院 専修願書

平成 年 月 日

新行橋病院院長 殿

私は新行橋病院での専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)	E-mail					
	(携帯)						
出身大学	大学 平成 年 月 日 卒業						
初期研修 病院名							
面接希望日	第1希望日： 年 月 日			第2希望日： 年 月 日			
専攻科名	第1希望診療科			第2希望診療科			
帰省先住所	(〒 -)						
帰省先電話	(連絡先)						
※ 備考							

※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。

見学希望	見学コース	第1希望日	第2希望日
	①	1日コース	年 月 日
②	1泊2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 専修担当

TEL 0930-24-8899

E-mail kensyu@shinyukuhashihospital.or.jp