臨　床　研　修　医　申　込　書

柏崎総合医療センター
　病院長　相田　浩　様

　私は貴院での研修を希望し、下記により申し込みを致します。

令和　　年　　月　　日

氏名　　印

（ふりがな） 氏　　名		性 別	男 女	配偶 者	有 無
生　年　月　日	昭和 平成　　年　　月　　日生まれ（　　歳）				
現　　住　　所	〒 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		
将来選考を希望する診療科					
認定医専門医の取得希望					
医師宿舎の希望	有 無	有りの場合 (家族構成等)	駐車場 希望	有 無	

＜当院での研修を希望し、専攻科を決めた理由＞	面接委員記入欄