

専門研修申込書

現住所 〒 (-)

電話番号 _____

メールアドレス _____

氏名 ふりがな _____

生年月日 _____ 昭和・平成 年 月 日

(令和6年4月1日現在 満 歳)

希望専門研修プログラム _____ 内科 ・ 総合診療 ・ 麻酔科 ・ 外科

※研修を希望するプログラムに○をしてください。

新潟県立中央病院において専門研修を希望しますので、関係書類を添えて申し込みます。

令和 年 月 日

新潟県立中央病院

院長 長谷川 正樹 様

～以下連絡事項～

※ご記入いただいたメールアドレスあてに、面接に関する連絡をさせていただきます。