

# 臨 床 研 修 願 書

(平成 年 月 日)

山口県厚生農業協同組合連合会  
小郡第一総合病院 藤井裕之 殿

氏名 印

私は、貴院において医師法に基づく卒業後2年間の臨床研修を受けたいので、必要書類を添えて申し込みます。

ふりがな			性別	男・女
氏名				
生年月日	昭和・平成	年	月	日生 ( 歳)
住所	〒		—	
	電話			
	携帯電話			
	FAX			
	E-MAIL			
帰省先	〒		—	
	電話			
	FAX			
出身大学	平成	年	月	日 (卒業・卒業見込み)
備考				

必要書類・・・履歴書、卒業見込証明書、成績証明書