

# 大曲厚生医療センター 研修申込書（選考試験）

令和3年 月 日

ふりがな 氏 名	
大 学 名	大学 令和 年 月 (卒業 ・ 卒業見込)
プログラム名称	大曲厚生医療センター 卒後臨床研修プログラム
志望する診療科 〔複数記入可〕	
希望する面接試験日	8月18日・25日のうち 第1希望 8 月 日 第2希望 8 月 日 ※面接試験日には、14時頃まで来院していただく予定です。 ※8月18日・25日にご都合がつかない場合は、ご相談に応じます。 (備考欄に記入)
履歴書 (当院指定様式)	別添 ・ 病院見学等で提出済み (どちらか ○で囲んでください)
メールアドレス (携帯電話メール不可)	
備 考	

大曲厚生医療センター