

伊勢赤十字病院研修医申込書

平成 年 月 日

伊勢赤十字病院長 様

願 出 人 〒 () TEL ()

現 住 所 _____

氏 名 _____ ㊞

生年月日 _____

メールアドレス _____

下記により、貴院における研修医として採用されるようお願いいたします。

記

1. 志望採用期間 平成30年4月 1日から

平成32年3月31日まで

2. 添 付 書 類 1) 自 筆 履 歴 書 1 通 (写真添付)

2) 卒業見込証明書 1 通

3. 当病院を選んだ理由 (自筆 400 字以内) (添付)

※ 第一回 第二回 採用試験に応募いたします。

(いずれかを○で囲んでください)