

伊勢赤十字病院研修医申込書

年 月 日

伊勢赤十字病院長 様

願出人 〒 () 携帯電話番号 ()

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 2020年4月 1日から

2022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1回 (8月 3日実施) } 試験に応募いたします
{ 第2回 (8月 24日実施) } (いずれかを○印で囲む)

以上