

# 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 氏名 ( ) 携帯電話番号 ( )

現住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

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 2021年4月 1日から

2023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 1日実施) } 試験に応募いたします  
{ 第2回 (8月 22日実施) } (いずれかを○印で囲む)

以上