

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 _____

地域枠 (該当する・該当しない)

該当する場合の従事条件と都道府県

(都・道・府・県)

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

- 志望採用期間 2023年4月 1日から
2025年3月31日まで
- 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
- 当病院を選んだ理由 (自筆 400字以内) (添付)

※ (第1回 (8月 6日実施)) 試験に応募いたします
(第2回 (8月 20日実施)) (いずれかを○印で囲む)

以上