

平成30年度山形県立中央病院における初期臨床研修医採用選考申込書

平成 年 月 日

山形県病院事業管理者 新澤 陽英 殿

氏名 ㊟

平成30年度山形県立中央病院初期臨床研修医に申し込みいたします。

ふりがな			
氏名			性別 男・女
生年月日	昭和・平成 年 月 日		
現住所	〒 TEL		
連絡先	〒 TEL - - 携帯番号 - - e-mail @		
出身大学 (卒業・卒業予定)	(年度卒業 ・ 卒業予定)		
研修希望診療科	(第一希望)	(第二希望)	科 科
公舎希望の有無	有 無		
備考	※希望する選考日に○印をお願いします () 平成29年7月28日(金) () 平成29年8月 4日(金) () 平成29年8月 8日(火) () 平成29年8月18日(金) () 平成29年9月 4日(月) () 上記のいずれでもかまわない		