

平成 年 月 日

宝塚市立病院長 様

## 臨床研修願

宝塚市立病院「臨床研修医」として採用願いたく、所定の書類を添えて申請します。

現住所	〒(      -      ) TEL      -      - @
メールアドレス	@
(フリガナ) 氏名	(      )
性別	男 ・ 女 ( いずれかを○で囲んでください )
生年月日	年 月 日 (満 歳)
連絡先 (郵便物等配送先)	〒(      -      ) TEL      -      -
選考日	希望する選考日の1つに○を記入すること (   ) A日程 平成30年8月2日(木) (   ) B日程 平成30年8月21日(火) (   ) C日程 平成30年8月29日(水)
出身大学	(平成 年 卒業・卒業予定)
備考	当院の見学等を記入ください。 年 月(      科)