

令和 4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 生年月日	男 ・ 女 (いずれかを○で囲んでください) 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 令和4年 8月15日(月) ( ) B日程 令和4年 8月19日(金) ( ) C日程 令和4年 8月29日(月)
出身大学	(平成・令和 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)  ※見学されたことのある方のみご記入ください。 見学の有無が選考に影響することはありません。