

卒後医師臨床研修に係る病院実習（見学）申込書

令和 年 月 日

足利赤十字病院
院長 小松本 悟 様

申込者
住 所
氏 名
印

私は、医師免許所得後の初期臨床研修病院を検討するため、貴院で実習（見学）をさせていただきたく、在学証明書又は学生証の写しを添えて申し込みます。

申込者に関する事項

フリガナ 1. 氏 名	
2. 生年月日	年 月 日生
3. 住 所	〒 -
4. 連 絡 先 <small>※可能な範囲で 記入してください。</small>	自宅電話： () 携帯電話： () FAX 番号： () E-mail：
5. 在籍又は 卒業大学名	大 学
6. 見学日時	令和 年 月 日 () ～ 月 日 () 見学日数 日間
7. 実習（見学） 理由	
8. 添付書類	<input type="checkbox"/> 在学証明書 <input type="checkbox"/> 学生証のコピー

※担当 院長 小松本 悟 TEL：0284-21-0121 FAX：0284-22-0225