

独立行政法人地域医療機能推進機構

金沢病院

研修医願書

地域医療機構金沢病院

病院長 村本弘昭 様

平成 年 月 日

貴院での研修を希望しますので、下記書類を添えて出願します。

氏名 (フリガナ)	印
現住所	〒 - Tel ()
連絡先	〒 - Tel ()
生年月日	西暦 年 月 日 才 男 / 女
出身大学校	大学 年 月 卒業/卒業見込み
メールアドレス	
当院実習の有無	あり / なし
当院で研修を受けたい理由	
将来の医師像	

【添付書類】

- ① 履歴書（市販形式可、写真要送付）
- ② 成績証明書
- ③ 卒業（見込み）証明書
- ④ 医師免許証の写し（取得者のみ）
- ⑤ 健康診断書（または学校検診の写し）