

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

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	〒 ー	Tel ()
連絡先	〒 ー	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、写真要添付)
- 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)