

大曲厚生医療センター 研修申込書（選考試験）

令和6年 月 日

ふりがな 氏 名	
大 学 名	大学 令和 年 月 (卒業 ・ 卒業見込)
プログラム名称	大曲厚生医療センター 卒後臨床研修プログラム
志望する診療科 〔複数記入可〕	
希望する面接試験日	8 月 21 日 (水) ※面接試験日には、14 時頃まで来院していただく予定です。 ※応募者が多数の場合は予備日 9 月 4 日 (水) にご案内いたします。 (備考欄に記入)
履歴書 (当院指定様式)	別添 ・ 病院見学等で提出済み (どちらか ○で囲んでください)
メールアドレス (携帯電話メール不可)	
備 考	

大曲厚生医療センター