

福岡赤十字病院初期臨床研修申込書

年 月 日

福岡赤十字病院

院長 中房 祐司 様

私は、福岡赤十字病院において、初期臨床研修を希望しますので申し込みいたします。

ふりがな 氏名				(男 ・ 女)
生年月日	昭和・平成	年	月	日 (満 才)
現住所	〒 -			
実家	〒 -			
連絡先	(自宅)	(携帯)		
E-mail				
大学名	大学	学部		
第一面接希望日	令和	年	月	日 ()
第二面接希望日	令和	年	月	日 ()
マッチング参加者 ユーザID				
※当院を希望した理由について記入してください。				
※2年目の選択科目について現在の希望があれば記入してください。				
※病院見学に来られた方は、見学月日及び感想を記入してください。				

(NO.) 年 月 日受付