

令和 年 月 日

病 院 長 殿

社会保険田川病院臨床研修プログラム

臨 床 研 修 申 請 書

貴院において臨床研修を受けたく、関係書類を添付のうえ申請いたします。

申 請 者	フリガナ		性 別
	氏 名	Ⓔ	男 ・ 女
	生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)	
	住 所	(〒 -)	
	連 絡 先	(電話番号) _____ (携帯電話) _____ (E-mail) _____	
	出身大学	(大学名) _____ 平成・令和 年 月 日 (卒業見込 ・ 卒業)	
	備 考		

【添付書類】 履歴書（写真添付）、 卒業（見込）証明書、 成績証明書、 健康診断書

※この申請書は、上記添付書類を同封のうえ、「臨床研修申請書在中」と朱書きのうえ、郵送にて下記までお送りください。

(書類送付先・問合せ先)
社会保険田川病院 総務課（臨床研修事務局）
〒826-8585 福岡県田川市上本町10番18号
(TEL) 0947-44-0460
(FAX) 0947-45-6540
(E-mail) syomuka@s-tagawa-hp.tagawa.fukuoka.jp