受験 No,内

# 新潟市民病院 内科専門研修プログラム 申込書

□3 年コース
□4 年コース　　※ 希望のコースの□に○をつけてください

| | |
|---|---|
| ふりがな | 写真貼付<br>4ｃｍ×3ｃｍ |
| 氏　　名 | |
| 生年月日<br>西暦　　年　　月　　日<br>（2025 年 4 月 1 日時点　　歳） | |
| 現 住 所　〒　　－<br><br>E-mail:　　電　　話: | |

| 年（西暦） | 月 | 学歴・職歴（高校卒業から記入） |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| | |
|---|---|
| 医籍登録番号<br>号 | 緊急連絡先 |

私は、貴院での研修を希望し、申し込みます。
また、この申込書のすべての記載事項は、事実に相違ありません。

西暦　　年　　月　　日

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印