

平成26年度 つがる西北五広域連合つがる総合病院 臨床研修申込書

平成 年 月 日

つがる西北五広域連合つがる総合病院長 殿

私は、下記により平成26年度 つがる総合病院臨床研修プログラムに応募致します。

氏 名 印

ふりがな 氏 名	-----	生年月日 年齢・性別	昭和 平成 ( 歳) 男 ・ 女	年 月 日生
現住所	〒  電話（携帯）： F A X： メールアドレス：			
帰省先 (連絡先)	〒  電話： F A X：			
出身大学	平成 年 月 日 ( 卒業 ・ 卒業見込み ) 大学 学部 学科			
備考				

提出先：つがる西北五広域連合西北中央病院 管理課 経営企画係  
〒037-0053 青森県五所川原市字布屋町41番地  
TEL：0173-35-3111（内線381） FAX：0173-35-0009