

公益社団法人 石川勤労者医療協会

城北病院 研修医願書

年 月 日

城北病院院長殿

氏名 _____ 印

貴院での研修を志望しますので、所定の書類を添えて出願致します。

現住所	〒 _____ Tel (_____)		
連絡先	〒 _____ Tel (_____)		
ふりがな 氏名	(マッチング ID _____)		
生年月日・性別	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日生	男 / 女	
出身大学	_____ 大学 _____ 年 _____ 月 卒業 / 卒業見込み		
メールアドレス		当院での 実習の 有無	あり / なし
当院で研修を 受けたい理由 (志望動機)		
将来の医師像 (どんな医師を 目指しているか)		