**令和8年度三沢市立三沢病院臨床研修　申込書**

三沢市立三沢病院事業管理者　　殿

私は、下記により令和８年度三沢市立三沢病院臨床研修プログラムに申し込みます。

氏　　名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日年齢・性別 | 　　　　年　　月　　日（　　　歳）　男 ・ 女 |
| 氏　　名 |  |
| 現住所 | 〒電話(携帯)：ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ ： |
| 連絡先(帰省先) | 〒電話　　　： |
| 出身大学 | 令和　　　年　　　月　　　日（　卒業　・　卒業見込　） |
| 大学 | 学部 | 学科 |
| 選考(面接) | 希望日を複数記入してください。※調整のうえ選考(面接)日を決定します。 |

提出先：〒033-0022

青森県三沢市大字三沢字堀口164番地65号

三沢市立三沢病院事務局管理課　臨床研修担当

電話：0176－53－2161

　　　　　　　　　　　　　　E-mail：contact.kanrika＠hospital.misawa.aomori.jp