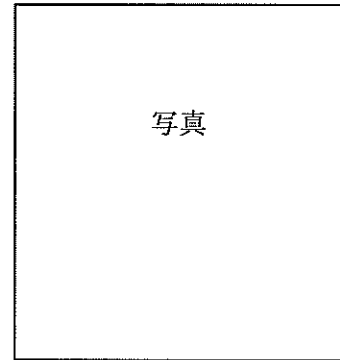


令和 年 月 日

水戸医療センター院長 殿



臨床研修願

水戸医療センター医員（研修医）として採用願いたく、所定の書類を添えて申し込めます。よろしくお願ひします。

出願者	
現住所	〒 - Tel
メールアドレス	
(ふりがな) 氏名 生年月日	() 昭和・平成 年 月 日生 男・女 (いずれかを○で囲んでください)
連絡先 (帰省先・実家等)	〒 - Tel
出身大学および 卒業年次	大学医学部 平成・令和 年卒 (予定も含む)
医師免許証 (該当者のみ)	平成・令和 年 月 日 取得 第 号
一般・修学生・地域枠 (いずれかを○で囲んでください)	