

様式第1号

川崎医科大学附属病院研修医採用願書

年 月 日

川崎医科大学附属病院
病院長 殿

出願者氏名 _____

貴病院において臨床研修を行いたいので、研修医として採用くださるようお願いいたします。

出 願 者	現住所	〒 (TEL)
	通知文の送付先 (詳しく記入してください)	〒 (TEL)
	生年月日, 性別*	(西暦) 年 月 日生 (男・女)
家族の住所		〒 (TEL)
最終出身学校 または卒業見込学校 および卒業年月日		(西暦) 年 月 日卒業 (見込)
志望プログラム		第1志望 () 第2志望 ()

※性別欄の記載は任意です。未記載とすることも可能です。