

申込み番号

※

2024年度 研修医採用申込書

研修責任者
国立病院機構 渋川医療センター
院長 蔭田 富士雄 殿

下記により、2024年度 国立病院機構 渋川医療センター臨床研修プログラム研修医として採用願いたく申込みいたします。

なお、採用された場合は、国立病院機構渋川医療センター並びに協力型臨床研修病院・研修協力施設の規則等に従い勤務いたします。

国立病院機構 渋川医療センター

ふりがな			
氏名	⑩		
生年月日	年	月	日 (満歳)
性別	男 ・ 女		
住所	〒 - (必ず都道府県名から記入してください。)		
	電話番号	()	
	メールアドレス		
本人以外 の連絡先	氏名	続柄等	
	〒 -	電話番号	()
出身大学等			年 月 (卒業見込)
選考希望日	第1希望日	月 日 ()	
	第2希望日	月 日 ()	
	第3希望日	月 日 ()	

研修医採用申込者はマッチングシステム参加者であること。