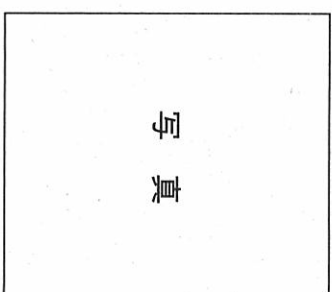


平成 年 月 日

霞ヶ浦医療センター院長 殿



### 臨床研修願

霞ヶ浦医療センター初期研修医として採用願いたく、所定の書類を添えて申し込みますので、よろしくお願いたします。

現住所	〒 (    —    ) ) Tel    —    —
メールアドレス	@
(フリガナ) 氏名	
生年月日	年 月 日生 (    歳 )    男 ・ 女
連絡先 (帰省先・実家等)	〒 (    —    ) ) Tel    —    —
出身大学及び 卒業年次	大学医学部 平成    年卒(予定含む)
医師免許証 (該当者のみ)	平成 年 月 日 取得 ・ 見込 第    号