

臨床研修申込書

私は、貴病院において医師初期臨床研修を受けたく
必要書類を添えて、申し込みます。

令和 年 月 日

〒
現住所 _____

氏名 _____ (印)

平塚共済病院 院長 稲瀬 直彦 殿