

# 社会医療法人財団池友会 新小文字病院 臨床研修願書

年 月 日

社会医療法人財団池友会  
新小文字病院 院長殿

私は貴院での臨床研修を希望しますので、必要書類を添付の上提出致します。

ふりがな			生年月日	年 月 日	
氏名	Ⓜ		年齢	歳	性別 男 ・ 女
現住所	(〒 - )				
電話	連絡先		E-mail		
	携帯				
出身大学	大学				
	年 月 日 卒業 (見込)				
面接希望日	第1希望		第2希望		
	第3希望		第4希望		
備考					

※ あらかじめ研修終了後の希望専門分野が決まっている場合は、記入して下さい。  
また、連絡方法、連絡先等で指定がある場合等、その他事項は備考欄に記入して下さい。

この願書は、添付書類を同封の上、下記の宛先まで郵送(書留)して下さい。

〒800-0057

福岡県北九州市門司区大里新町2番5号  
社会医療法人財団池友会 新小文字病院  
研修医募集担当

電 話 093-391-1001

E-mail : kensyuui@shinkomonji-hp.jp