

## 臨 床 研 修 願 書

新宮市立医療センター  
院 長 北野 陽二 殿

医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修のため、  
貴院の臨床研修医として研修に従事したく、必要書類を  
添えてお願いいたします。

写 真

年 月 日

氏名

⑩

ふりがな 氏 名		年 月 日	歳	男・女
ふりがな 現住所	〒 Tel: ( ) E-mail:			
連絡先 (現住所以外に あれば)	〒 Tel. ( )			
学 歴 ・ 職 歴  (高校卒業 以降)	年 月			
	年 月			
	年 月			
	年 月			
	年 月			
	年 月			
本院での臨 床研修を志 望した動機				
学生時代の 活動・経験等				
研修後の 進路計画				
資格・免許等		扶養家族 (配偶者を除く)	人	
		配偶者	有・無	
		配偶者の扶養義務	有・無	