

(様式1)

宇多野病院 関西脳神経筋センター
レジデント(後期臨床研修医)採用願書

平成 年 月 日

国立病院機構 宇多野病院院長 殿

受験者

氏名 _____ ⑩
生年月日 昭和 年 月 日生 (歳)
住所 (〒 -)

電話 _____

現在の勤務先

病院名・機関名

所在地 (〒 -)

電話 _____

希望の後期臨床研修コース (いずれかに○)

- A. 神経内科専門医取得コース
- B. 神経内科領域短期強化プログラム

宇多野病院関西脳神経筋センターレジデント(後期臨床研修医) に採用していただきたく応募いたします。

(本紙のほか、様式2(写真貼付)、および健康診断書を添えること)