

名古屋市立病院シニアレジデント申込書

平成 年 月 日

名古屋市立西部医療センター

病院長 鈴木 悟 様

(申込者)

氏 名 : _____ (印)

生年月日 : 昭和・平成 年 月 日

私は、平成 年 月より名古屋市病院局後期臨床研修制度に基づく
シニアレジデントとして、貴院に勤務することを希望しますので、所定
の添付書類を添えて申し込みます。