

伊勢赤十字病院歯科研修医申込書

平成 年 月 日

伊勢赤十字病院長 様

願出人 〒 () 携帯電話番号 ()

現住所 _____

氏名 _____ 印

生年月日 _____

メールアドレス _____

下記により、貴院における歯科研修医として採用されるようお願いします。

記

1. 志望採用期間 平成31年4月 1日から
平成33年3月31日まで

2. 添付書類 1) 自筆履歴書 1通 (写真添付)
2) 卒業見込証明書 1通
3) 成績証明書 1通

※

┌	第1回 (8月4日実施)	┐	試験に応募します。 (いずれかを○印で囲む)
	第2回 (8月10日実施)		

以上