

伊勢赤十字病院歯科研修医申込書

年 月 日

伊勢赤十字病院長 様

願出人 氏名 () 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いたします。

記

1. 志望採用期間 2023年4月 1日から
2025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

以上