

平成 年 月 日

## 臨床研修申込書

新潟県立新発田病院

院長 矢澤良光様

医師臨床研修を新潟県立新発田病院において行いたく、関係書類を添えて申し込みます。

現住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

生年月日 昭和 年 月 日