

歯科臨床研修医採用願い

年 月 日

金沢医科大学病院長 殿

フリガナ
氏 名 印

私は、金沢医科大学病院歯科臨床研修医として採用していただきたく、下記のとおり関係書類を添え申請いたします。

生年月日	昭和 平成 年 月 日 (歳)		
現住所	〒	本籍	
電 話			
携帯電話			
その他連絡先 (帰省先等)	〒	TEL ()	—
出身大学	(年 月 卒業・卒業見込)		

※本人自筆のこと

- (関係書類) ①履歴書
②学業成績証明書