

院長	事務部長	人事課長	臨床研修センター

写真貼付
縦 4 cm
横 3 cm
上半身、脱帽、3 ヶ
月以内撮影のもの

臨床研修許可願			
ふ り が な 氏 名		昭和・平成 年 月 日生	
最終卒業学校		大学 年 月 日 卒業・見込	
医師国家試験		※ 年 月 第 回医師国家試験合格	※ 医籍登録番号 第 号
本 人	現住所	〒 電 話 () 番	
<p>私は貴社会医療法人社団 順江会 江東病院において臨床研修医として臨床研修をいたしたくご許可下さるようお願いします</p> <p>年 月 日</p> <p>氏 名 印</p> <p>社会医療法人社団 順江会 江 東 病 院 院 長 殿</p>			

※欄 卒業見込者は記入不要

受付番号	No	受付者
受付年月日	年 月 日	