

(様式2号)

川崎市立多摩病院 病院長 殿

### 川崎市立多摩病院後期研修医願書

フリガナ 出願者氏名	
生年月日	
最終学歴	
卒業年月日	年 月 日 卒業
希望講座 (分野)	
現住所 (連絡先)	〒  電 話 携帯電話

貴病院後期研修医師として採用を希望しますので、関係書類を添えて提出いたします。

平成 年 月 日

氏名

印