令和　　年　　月　　日

京丹後市立久美浜病院

病院長　赤木　重典　様

申込者住所

申込者氏名　　　　　　　　　　　　㊞

生年月日

歯科医師臨床研修医申込書

　貴院で実施される令和　　年度歯科医師臨床研修を受けたいので下記の書類を添付して申し込みます。

記

１　履歴書

２　卒業見込証明書

以上