

人事課長	事務長	副院長	副院長	院長

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・学校 平成 年 月 日 卒業・見込	
医師国家試験	※ 平成 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
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いたします 平成 年 月 日 氏名 (印) 社会医療法人社団 順江会 江東病院 院長 殿		

※欄 卒業見込者は記入不要

受付番号	No.	受付者
受付年月日	平成 年 月 日	