

医師臨床研修マッチング参加申込み書

医師臨床研修マッチング協議会
事務局 医療研修推進財団 殿

当院は、医師臨床研修マッチング協議会の定める事項を理解し遵守するとともに、医師臨床研修マッチング協議会の行うマッチングの結果に従い、研修医の採用を行うことを約束します。

病院・研修プログラム情報については貴協議会ホームページからダウンロードした電子様式に必要事項を入力し、貴協議会ホームページの送信フォームから併せて送信します。

提出日を記入して下さい。
日付は参加登録開始日より前でも構いません。

□□ ××年 ××月 ××日

所在地 〒105-0001 東京都港区虎ノ門 1-22-14

病院名 港区立虎ノ門病院

代表者 病院長 猿 田 享 男

⑩

代表者は病院長、病院事業管理者、市長等いずれでも構いません。

公印を押して下さい