

平成 年 月 日

長崎労災病院長 殿

## 臨 床 研 修 願

長崎労災病院臨床研修医として採用願いたく、所定の書類を添えて申し込みますので、  
よろしくお願ひします。

住 所 〒

ふりがな  
氏 名

印

連絡先

—

—