

山形県研修病院ガイダンス参加申込書

5月21日（土）12：30～（受付12：00開始）

山形国際ホテル 3階「富士」

住 所	〒	
氏 名		
大学名・出身高校名 (医学生記入欄)	大学	年
	高校卒	
臨床研修病院名・出身大学名 (研修医記入欄)	病院	年目
	大学卒	
連絡先	電話番号	
	E-mail	
そ の 他 (何かご意見があればご記入 ください)		

上記申込書をご記入いただき、郵送・FAXまたはE-mailでお申込みください。

郵送先 〒990-8570 山形県山形市松波 2-8-1

山形県健康福祉部地域医療対策課 医師・看護師確保対策室

FAX 023-630-2301（添書不要）

E-mail 必要要事項をご記入のうえ、下記アドレスまでお申込みください。

アドレス：ychiikiiryo@pref.yamagata.jp