

選考試験（医師臨床研修）申込書

平成 年 月 日

芳賀赤十字病院長 様

平成 年度採用医師臨床研修選考試験に、関係書類を添えて申し込みいたします。

受験希望職種	初期臨床研修	※受付年月日	平成 年 月 日
選考試験希望日			
(フリガナ) 氏 名		性 別	
		男 ・ 女	
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)		
(フリガナ) 現 住 所	〒		
	TEL ()		
E-mail			
現所属大学名 あるいは 現所属病院名			
(フリガナ) 連 絡 先	〒		
	TEL ()		携帯 ()

- 注) 1. 太枠内を記入すること。
 2. 連絡先は、通知等の送付先が現住所と別の場合に記入すること。
 3. 関係書類として、履歴書（所定のもの）1 通、卒業見込書または卒業見込証明書を 1 通添付すること。