

選考試験（医師臨床研修）申込書

令和 年 月 日

芳賀赤十字病院長 様

令和2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	初期研修	※受付年月日	令和 年 月 日
選考試験希望日	・ 8月13日（火） ・ 8月20日（火）		
(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。

芳賀赤十字病院臨床研修管理委員会