

## 平成 29 年度 初期臨床研修医採用試験申込書

長野県厚生農業協同組合連合会  
篠ノ井総合病院  
院長 小池健一殿

フリ ガナ  
氏 名 \_\_\_\_\_ 印

生年月日 \_\_\_\_\_ 男・女

下記のとおり平成 29 年度の初期臨床研修医採用試験の申し込みをいたします。

### 記

1.出身大学名 \_\_\_\_\_

2.卒業または卒業見込み年月日 \_\_\_\_\_ 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

3.面接希望日（希望する日に○印、2日間可能な場合は1、2順位を入れる）

平成 28 年 8 月 5 日（金）17：30～ ( )

平成 28 年 8 月 27 日（土）13：00～ ( )

平成 28 年 9 月 3 日（土） (予備日)

(相談により実施いたします。)

4.連絡先

1) 連絡先住所（面接案内等、常に連絡のとれる住所・電話番号を記入してください）

〒 \_\_\_\_\_

携帯電話 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_

メールアドレス \_\_\_\_\_

2) 出身地住所 〒 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

\*提出書類（8月1日必着）

・履歴書 ・成績証明書 ・卒業見込み証明書 ・面接事前調査 ・本申込書\*

\*奨学金貸与を受けている方はお知らせ下さい。