

令和元年 月 日

南長野医療センター篠ノ井総合病院
医師臨床研修採用試験申込書

長野県厚生農業協同組合連合会
南長野医療センター篠ノ井総合病院
統括院長 小池 健 一 殿

ふりがな
氏 名 _____ 印

生年月日 昭和・平成 年 月 日 男・女

令和 2 (2020) 年度の医師臨床研修採用試験の申込みを致します。

記

1. 大 学 名 _____

2. 卒業または卒業見込み年月日 _____ 平成・令和 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の順位を入れて下さい)

8月24日(土) 10:00～ ()

8月30日(金) 13:00～ ()

(9月7日(土):予備日)

4. 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 _____

5. 出身地住所 〒 _____

TEL _____ () _____

*提出書類 (8月9日着)

- ・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。)

ご記載いただいた情報は篠ノ井総合病院医師臨床採用試験に係る事以外では使用いたしません。