

平成 年 月 日

南長野医療センター篠ノ井総合病院 後期・専攻医臨床研修申込書

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 日生 男・女

下記の通り平成 30 年度 後期・専門研修専攻医採用試験に申込みを致します。

記

1. 卒業大学・卒業年月 _____ 平成 年 月

2. 現在の勤務先 _____

3. 専攻志望科 ① 内 科 ② 総合診療科 ③ 産婦人科

④その他 _____ 科

4. 連絡先住所（試験案内等、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 _____

メールアドレス _____

5. 提出書類

- ①履歴書 ②医師免許証（写） ③臨床研修修了証（写）
④志望動機書（A4 様式 800 字程度） ⑤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。