

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 31 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医師免許証写し
- ③臨床研修修了登録証写し または臨床研修修了見込証明書
- ④志望動機書（A4 様式 800 字程度）                      ⑤本申込書