

年 月 日

2025 年度 南長野医療センター篠ノ井総合病院専門研修応募申込書

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 宮下俊彦 殿

ふりがな
氏 名 _____

生年月日 _____ 年 月 日 生

下記の通り専門研修専攻医採用に申込みを致します。

記

1. 卒業大学・卒業年月 _____ 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. 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 _____

E-mail _____

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