

平成 年 月 日

## 南長野医療センター篠ノ井総合病院 後期臨床医申込書

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 \_\_\_\_\_ 年 月 日生 男・女

下記の通り平成 31 年度 後期臨床研修医の申込みを致します。

### 記

1. 卒業大学・卒業年月 \_\_\_\_\_ 平成 年 月
2. 現在の所属（勤務先） \_\_\_\_\_
3. 希望研修科 \_\_\_\_\_
4. 連絡先住所（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の写し又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