

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 宮下俊彦 殿

ふりがな  
氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 男・女

令和 7 (2025) 年度 医師臨床研修採用試験の申込みをします。

記

1. 大 学 名 \_\_\_\_\_

2. 卒業または卒業見込み年月日 \_\_\_\_\_ 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の順を入れてください。)

8月23日(金) 13:00～ ( )

8月24日(土) 10:00～ ( )

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。)

〒 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

メールアドレス \_\_\_\_\_

5. 出身地住所 〒 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

\*提出書類 (応募締切: 8月13日必着)

・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

【\*奨学金貸与者、地域枠者(従事要件)か否かをお知らせください。】