

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
院長 池野 龍雄 殿

ふりがな
氏 名 _____

生年月日 _____ 年 月 日 男・女

令和 9 (2027) 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22日(土) 10:00～ ()

8月28日(金) 13:00～ ()

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12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。】