

令和 4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 宮下俊彦 殿

ふりがな
氏 名 _____

生年月日 昭和・平成 年 月 日 男・女

令和 5 (2023) 年度の医師臨床研修採用試験の申込みを致します。

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の順位を入れて下さい)

8月26日(金) 13:00～ ()

8月27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 (8月12日着)

・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、地域卒者(従事要件)か否かを知らせ下さい。】

ご記載いただいた情報は篠ノ井総合病院医師臨床採用試験に係る事以外では使用いたしません。