

令和 5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 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 男・女

令和 6（2024）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の順を入れて下さい）

8月25日（金） 13：00～ （ ）

8月26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14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）か否かをお知らせ下さい。】