

愛知県厚生農業協同組合連合会
江南厚生病院長 齊藤 二三夫 殿

令和 年 月 日

氏 名 印

卒後初期臨床研修 申込書

今回、私は貴病院の2020年度の研修医として、臨床研修を受けたく、下記の事項を記入し、関係書類を添えて申し込み致します。

| | |
|--|-------------------|
| ふりがな | |
| 1. 氏 名 | (男 ・ 女) |
| 2. 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日生 (歳) |
| 3. 現住所 〒 | — |
| 携帯電話 | — — 自宅Tel — — |
| メールアドレス : | |
| 4. 実家等連絡先 (現住所不在のとき確実に連絡のとれる所・電話番号等) | |
| 〒 | — |
| Tel | — — |
| 5. 卒業大学 | 大 学 |
| 令和 年 月 (卒業・卒業見込) | |
| 6. 地域枠学生である | はい ・ いいえ |
| 7. 配偶者の有無 | 有 ・ 無 |
| 8. 研修中の宿舍 | 要 ・ 不要 |
| 9. 選考日 8/3(土)・8/21(水) (9月初旬に予備日を予定します) | |
| いずれか希望日を○で囲んでください。 | |
| 10. マッチング参加者ユーザID | |

※ 6. 7. 8. 9は、該当事項を○で囲んでください。

※ 履歴書(写真貼付)を添付して下さい。

※ 申込された選考日に来院してください。選考開始時間の30分前に集合してください。