東近江総合医療センター医師臨床研修申込書

　　年　　月　　日

東近江総合医療センター院長　殿

東近江総合医療センター臨床研修医の採用について、下記により申込みします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 写　　真 |
| 氏　　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 男　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 女 |
| 生年月日 | 昭和・平成　 　　年　　　月　　　日 （　　 歳） |
| 現 住 所 | 〒 |
| 電話番号 | （　　　）　　　－　　　　　　携帯電話　　　　－　　　　－ |
| E-mail | ＠ |
| 帰省先・実家住所 |  |
| 年　月 | 学歴（高校卒業から）・職歴 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 志望理由 |  |
| 将来希望進路・診療科目 |  |
| 年　月 | 資　格　・　免　許　等 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 趣味・特技 |  |
| 宿舎希望 | 有　・　無 | 同居家族 | 有　・　無 |
| 面接希望日（いずれかご都合の良い日に☑してください。複数選択可） |
| 　　□　　　２０１９年　８月　　８日（木）　１５：００～　 |
| □　　　２０１９年　８月　３０日（金）　１５：００～　 |
| そ の 他連絡事項 |  |