

# 令和2年度採用 名寄市立総合病院 臨床研修申込書

|                      |                                |            |         |                        |                  |                    |
|----------------------|--------------------------------|------------|---------|------------------------|------------------|--------------------|
| 令和元年 月 日             |                                |            |         |                        |                  | 写真貼付<br>3.0×4.0 cm |
| 名寄市病院事業管理者 和 泉 裕 一 様 |                                |            |         |                        |                  |                    |
| フリガナ                 |                                |            | 生 年 月 日 |                        | 性別               |                    |
| 氏 名                  | 印                              | 昭和<br>平成   | 年 月 日 生 | 歳                      |                  |                    |
| 現住所                  | 〒 -                            |            |         |                        | 本<br>籍           | 都道<br>府 県          |
|                      | 電話番号 ( ) -                     |            |         |                        |                  | 市町村                |
|                      | Mail Address                   |            |         |                        |                  |                    |
| 連絡先                  | あなたに連絡できる家族等の氏名及び続柄等を記入してください。 |            |         |                        |                  |                    |
|                      | 氏名                             | 電話番号 ( ) - |         |                        | 続柄               |                    |
|                      | 住所                             |            |         |                        |                  |                    |
| 学 歴                  | 学 校 名                          | 学 科        | 専 攻     | 期 間                    | 備 考              |                    |
|                      | 高等学校                           |            |         | 昭・平 年 月～<br>昭・平 年 月    | □卒業 □中退          |                    |
|                      |                                |            |         | 昭・平 年 月～<br>昭・平 年 月    | □卒業見込<br>□卒業 □中退 |                    |
|                      |                                |            |         | 昭・平 年 月～<br>昭・平 年 月    | □卒業見込<br>□卒業 □中退 |                    |
|                      |                                |            |         | 昭・平 年 月～<br>昭・平 年 月    | □卒業見込<br>□卒業 □中退 |                    |
| 健康状態                 | (既往症)                          |            |         |                        |                  |                    |
| 家 族 氏 名              | 続 柄                            | 生 年 月 日    | 勤 務 先   | 同・別居                   | 扶養義務             |                    |
|                      |                                | . .        |         | 同・別                    | 有・無              |                    |
|                      |                                | . .        |         | 同・別                    | 有・無              |                    |
|                      |                                | . .        |         | 同・別                    | 有・無              |                    |
|                      |                                | . .        |         | 同・別                    | 有・無              |                    |
| 試験日希望                | 月 日 希望                         |            |         | 9月2、3、4日の希望日を記載してください。 |                  |                    |
| 地域枠制度の有無             | □北海道 □大学 □なし                   |            |         | □入局済 ( 講座)<br>□未入局     |                  |                    |
| 志望診療科                | 内科系 外科系 将来の専攻予定 ( 科)           |            |         |                        |                  |                    |

≪提出先≫ 〒096-8511 北海道名寄市西7条南8丁目1番地  
 名寄市立総合病院 総務課職員係 TEL01654-3-3101 (内線 2213)