

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 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 年 月 日生 平成		歳		
現住所	〒 ー				本 籍	都道 府県
	電話番号 () ー					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 () ー			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～ 昭・平 年 月	□卒業 □中退	
				昭・平 年 月～ 昭・平 年 月	□卒業見込 □卒業 □中退	
				昭・平 年 月～ 昭・平 年 月	□卒業見込 □卒業 □中退	
				昭・平 年 月～ 昭・平 年 月	□卒業見込 □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	
		. .		同・別	有・無	
試験日希望	月 日 希望 試験日：7月30日、31日 8月20日、21日、22日			いずれも5日前までに申 込書を提出してください		
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)