

令和2年度 名寄市立総合病院総合診療専門研修 PG 応募申請書

平成 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 平成 年 月 日生		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	
初期臨床研修終了日		平成 年 月 日				
初期臨床研修終了施設名						
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	

≪ 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 総務課総務係 下山 ☎01654-3-3101 (内線 2217)
 Mail:shimoyama-junichi@city.nayoro.lg.jp