

平成32年度 名寄市立総合病院 臨床研修申込書

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	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退		
				昭・平 年 月～ 昭・平 年 月	<input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退		
				昭・平 年 月～ 昭・平 年 月	<input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退		
				昭・平 年 月～ 昭・平 年 月	<input type="checkbox"/> 卒業見込 <input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 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月下旬～8月下旬予定			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)