

(別紙)

令和 年 月 日

山陰労災病院長 殿

臨床研修願

山陰労災病院臨床研修医として採用願いたく、所定の書類を添えて申し込みたいので、
よろしくお願いたします。

現住所	〒 (-) TEL - - / FAX - - (携帯 - -)
メールアドレス	
ふりがな 氏名	
生年月日	昭和・平成 年 月 日生まれ 男・女 (該当する方を○で囲む)
上記現住所 以外の連絡先 帰省先、実家等	〒 (-) TEL - - / FAX - -
出身大学 及び 卒業年次	大学医学部 平成・令和 年 月 日 卒業予定・卒業 (該当する方を○で囲む)
医師免許	平成・令和 年 月 日 取得 第 号
希望する専門科	

採用面接試験希望日 : 令和 年 月 日