

(別 紙)

平成 年 月 日

山陰労災病院長 殿

(写真)
4 × 3 cm

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めます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 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 年 月 日 卒業予定 ・ 卒業 (該当する方を で囲む)
医 師 免 許	平成 年 月 日 取得 第 号
希望する専門科	

採用面接試験希望日 : 平成 年 月 日