

整形外科専門研修専攻医採用試験申込書

長野県厚生農業協同組合連合会
北アルプス医療センターあづみ病院
統括院長 松田 正之 殿

ふりがな

氏 名 _____

生年月日 昭和・平成 年 月 日 男・女

下記のとおり、整形外科専門研修専攻医採用試験の申込をいたします。

記

1. 初期臨床研修病院 _____

2. 臨床研修修了または修了見込み年月日 平成・令和 年 月 日

3. 連絡先住所（常に連絡のとれる住所・電話番号を記入してください）

〒 _____

電話番号 _____

メールアドレス _____

4. 出身地住所 〒 _____

5. 奨学金貸与の有無

無 ・ 有 → 組織・団体名 _____

貸与期間 _____ 年間

※提出書類（採用面接試験の1週間前必着）

①本申込書 ②履歴書 ③医師免許証（写） ④研修履歴書

ご記載いただいた内容は北アルプス医療センターあづみ病院専門研修専攻医採用試験に係る事以外では使用いたしません。