

(様式1)

受験番号	※
------	---

初期臨床研修医 採用選考試験願書

平成 年 月 日	
大田市病院事業管理者 様 (大田市立病院院長)	
貴病院の初期臨床研修医として採用されたいので、採用選考試験の受験を下記のとおり申し込みます。	
記	
希望するプログラム (希望するものに○をつけてください。 なお、両プログラムを希望する場合は両方に○をつけてください。)	① 大田市立病院初期臨床研修プログラム ② 大田市立病院初期臨床研修プログラム・島根大学 たすきがけコース
受 験 日	随 時 (※受験者と調整のうえ決定します)
ふ り が な	
氏 名	
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日
出 身 大 学	大学 平成 年 月 (卒業・卒業見込)
医 師 免 許	平成 年 (取得・取得見込)
現 住 所	〒 ー
連 絡 先	〒 ー (上記の住所と異なる場合に記入してください)
	郵送先
	電 話
	携帯電話
E-mail	

注) ※欄には何も記入しないでください。