令和４年　 月 　　 日

令和４年度（令和５年度研修開始）

島根県立中央病院臨床研修医採用選考試験申込書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | 男・女 | |  |
| 氏　　名 | 印 | |
| 昭和  生年月日　　 　 　　年　　　月　　　日生 (満　　歳)  　　　　　 平成 | | |
| ふりがな | | | |
| 現住所　〒 | | | |
| 携帯電話番号　　　　　　　　　　　　　　自宅電話番号    メールアドレス | | | |
| ふりがな | | | |
| 連絡先　〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入) | | | |
| 在籍（出身）大学・学部  　　　　　　　　　　大学　　　　学部 | | 平成  卒業年月　　　　　　年　　月  令和  （　卒業　・　卒業予定　） | |
| 受験希望日　　　　※希望する受験日に○印を付けてください。  ８月５日（金）　　　　　８月12日（金）　　　　　８月19日（金） | | | |

【　申　込　者　】　　　※受験番号

３ｃｍ×４ｃｍ

３ヶ月以内に撮影した正面上半身脱帽の写真（履歴書･受験票の写真と同一のもの）

※写真の裏面に氏名を

記入すること

※この欄に貼付する

こと

※　上記の現住所、電話番号等は、後日、当院からの受験票等の送付先又は連絡先となるので、詳細に記載し、申込提出後変更があった場合は直ちに連絡してください。