

令和5年 月 日

令和5年度 (令和6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

【 申 込 者 】 ※受験番号

ふりがな	男・女
氏 名	印
生年月日 昭和 年 月 日生 (満 歳) 平成	

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

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	卒業年月 平成 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。		
令和5年	8月10日(木)	8月18日(金)	8月25日(金)

※ 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。