

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	令和5年9月15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。