

令和6年 月 日

令和6年度 (令和7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	※性別
氏 名	
生年月日 昭和 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	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6年	10月29日(火) ・ 10月30日(水)

3cm×4cm  
6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。  
※「性別」欄：記載は任意です。未記載とすることも可能です。