

平成 24 年度後期臨床研修医申込書

長野県厚生農業協同組合連合会
佐久総合病院
院長 伊澤敏殿

フリ ガナ
氏 名 _____ 印
男・女

下記のとおり平成 24 年度の後期臨床研修医の申し込みをいたします

記

1. 卒業大学 _____

2. 卒業年月日 _____

3. 現在の所属（勤務先） _____

4. 専攻希望科 _____

5. 受験希望日 9月24日（土） 10月8日（土）
（麻醉科、胃腸科、整形外科、皮膚科は9月24日のみ）

*出身地住所 〒 _____

TEL () _____

*連絡先住所（常に連絡のとれる住所・電話番号を記入してください）

〒 _____

TEL () _____

携帯 () _____

E-mail _____ (携帯不可)

*志望動機書（別紙にて）を必ず添えてお申し込みください