

2026 年度初期臨床研修医 採用試験申込書

長野県厚生農業協同組合連合会
佐 久 総 合 病 院
統 括 院 長 渡 辺 仁

フリ ガナ
氏 名 _____ 印 _____

生年月日（西暦） _____ 年 _____ 月 _____ 日 男・女

下記のとおり 2026 年度の初期臨床研修医採用試験の申し込みをいたします

記

1. 大 学 名 _____

2. 卒業または見込み年月日 _____

3. 面接試験日

・ 第一希望：2025 年 _____ 月 _____ 日（ ）

・ 第二希望：2025 年 _____ 月 _____ 日（ ）

※先着順となります。定数に達した場合は別日程となる可能性がございます。

4. マッチング ID（既取得者はお書きください） _____

* 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 _____（ ） _____

メールアドレス（PC） _____

携帯メール _____

* 志望動機書（別紙にて）を必ず添えてお申し込みください