

2027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 2027 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：2026年 _____ 月 _____ 日（ ）

・第二希望：2026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