

2024 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 2024 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：2023 年 _____ 月 _____ 日（ ）

・ 第二希望：2023 年 _____ 月 _____ 日（ ）

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