

# 令和2年度採用 臨床研修医師選考採用試験申込書

申込日 令和 年 月 日

岐阜県総合医療センター理事長 様

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

私は、貴臨床研修病院において、所定の研修プログラムによる研修を希望しますので、下記及び別添の履歴書、在学証明書を添えて(第1回・第2回)選考採用試験を申し込みます。

※どちらかを○で囲んでください。

ふりがな			
氏名		性別	男・女
生年月日	昭和・平成 年 月 日		
現住所	〒		
携帯等電話番号			
E-mail			

学歴(在学中の学校のみ記載)

学校名学部名		入学年月	年 月
		卒業見込	年 月

\*\*\*\*\*記入例\*\*\*\*\*

ふりがな	ぎふ たろう		
氏名	岐阜 太郎	性別	(男)・女
生年月日(和暦)	昭和・平成 6年6月1日		
現住所	〒500-8717 岐阜県岐阜市野一色4-6-1 マンションぎふ123号		
携帯等電話番号	090-2***-9***		
E-mail	c22601@pref.gifu.lg.jp		

学歴(在学中の学校のみ記載)

学校名学部名	〇〇大学医学部	入学年月	平成 26年 4月
		卒業見込	令和 2年 3月

\*提出方法

本書に必要事項を記入のうえ、履歴書及び在学証明書を添付し下記住所へ郵送等で提出してください。

\*記入について不明な点は、岐阜県総合医療センター 総合研修センター部までお問い合わせください。

電話番号 058-246-1111(内線8158) FAX 058-248-3805

住所 〒500-8717 岐阜県岐阜市野一色4-6-1