

## 市立長浜病院 臨床研修申込書

1. 氏 名 : \_\_\_\_\_ 印

2. 住 所 : 〒

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. 生年月日 昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

4. 希望選考日時

(第1希望) 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

(第2希望) 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

(第3希望) 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

貴院において臨床研修を受けたいので添付書類を添えて申し込みます。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

市立長浜病院 院長 様

記

### 添付書類

- 自筆履歴書（指定用紙）
- 面接カード（指定用紙）
- 大学卒業（見込）証明書及び成績証明書
- 6ヶ月以内に撮影した写真 2枚（1枚は履歴書に貼付）  
\*横3.0cm×縦4.0cmで上半身、脱帽、正面向きのもの
- 健康診断書（様式指定なし、大学発行のもので可）