

※太枠欄の必要事項に記入（パソコン使用可）し、写真を貼り付けてください。

※氏名欄は、自署で記載してください。

令和6年度 つがる西北五広域連合 つがる総合病院 臨床研修申込書

試験希望日 (希望日を○で囲む)	第1希望日 → 7/16 ・ 8/16 ・ 8/23 ・ 9/13 ・ 9/26			
	第2希望日 → 7/16 ・ 8/16 ・ 8/23 ・ 9/13 ・ 9/26			
	その他希望 → 7/22 ~ 9/26 の間で希望日を記入 月 日			
ふりがな				<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <p>(写真欄)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 写真は6カ月以内に撮影したもの ・ 縦4cm、横3cm程度 ・ 本人正面の顔写真 ・ しっかり、のり付け </div>
氏名 (自署)				
生年月日	昭和・平成	年	月	
現住所	〒 - アパート等の場合は、室番号まで詳しく記入してください (方)			
連絡先	携帯 - -			
	メール			
学歴	学校名	学部学科	在学期間	備考
	中学校		年 月から 年 月まで	卒業
			年 月から 年 月まで	卒業・卒業見込・中退
			年 月から 年 月まで	卒業・卒業見込・中退
			年 月から 年 月まで	卒業・卒業見込・中退
			年 月から 年 月まで	卒業・卒業見込・中退
職歴 (現職及び主なもの)	勤務先名称	職務内容	在職期間	所在地(都道府県)
			年 月から 年 月まで	
			年 月から 年 月まで	
			年 月から 年 月まで	
資格免許	名 称		取得年月日	
			年	月 日
			年	月 日
			年	月 日