

※面接

※整理番号

令和 年 月 日

佐世保市総合医療センター

理事長 澄川 耕二

佐世保市総合医療センター研修医応募申請書（令和2年度採用）

佐世保市総合医療センター卒後臨床研修プログラム

ふりがな			写真添付箇所 (3cm×4cm) 脱帽無背景 3ヶ月以内の 撮影であること。
氏名		印	
生年月日	昭・平 年 月 日(歳) 男・女		
現住所	〒 _____		
	TEL (_____)		
	携帯 _____		
	e-mail _____		
緊急 連絡先	氏名 (受験者との間柄 _____)		
	住所 _____		
	自宅電話番号/携帯電話番号 _____		
学 歴 高等学校から 記入	_____ 高等学校 昭・平 年 月 日卒業		
	_____ 大学医学部 昭・平 年 月 日 入学 / 昭・平 年 月 日 卒業・卒業予定		
	_____ 医学部以外の学歴		
	_____ 大学 昭・平 年 月 日入学 /昭・平 年 月 日 中退・卒業		
	_____ 大学大学院 昭・平 年 月 日入学 /昭・平 年 月 日 卒業		

	勤 務 期 間	勤 務 先
主な職歴	~ 年 月 日 年 月 日	
現時点での 将来の志望 診療科と その理由	<div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px; text-align: center;">科</div> 理由：	
当院を志望 する理由		
自己PR		
面接選考 希望日(○で 囲む)	<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px 10px; margin-bottom: 10px;">令和 元 年</div> <p style="text-align: center; margin: 0;">8月9日(金) ・ 8月16日(金) ・ 8月23日(水)</p> <p style="text-align: center; margin: 0;">※上記の内、希望する日</p>	