

※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

佐世保市総合医療センター専攻医応募申請書

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	
本籍・国籍	都 道 府 県	
現住所	〒 — TEL () 携帯 e-mail	
学 歴	大学医学部 年 月 入学 年 月 卒業	
医師免許	年 月 日 取得	
希望する 研修プログラ ム名		

【裏面へ続く】

志望の理由	
自己 PR	

※個人情報の取り扱いについて

当申請書については佐世保市総合医療センター総務課において管理いたします。但し、当院各関係診療科及び連携施設に個人情報を公開することがありますが、専門研修プログラムの目的以外には一切使用しませんので、ご了承ください