年　　月　　日

2019 年度　長野松代総合病院
後期・専門医師臨床研修申込書

長野県厚生農業協同組合連合会
長 野 松 代 総 合 病 院
統括院長　春日　好雄　殿

ふりがな
氏 名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

生年月日　　年　　月　　日(男・女)

下記のとおり 2019 年度採用の長野松代総合病院　後期・専門研修における臨床研修医師採用試験に応募いたしたく申込いたします。

記

１．　志望コース　　①整形外科専門研修プログラム
②総合診療科専門研修プログラム
③その他希望：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

２．　出身大学名　　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

３．　初期臨床研修病院　　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

４．　出身地住所　　都道府県＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号　　（　　）＿＿＿＿＿＿

５．　連絡先住所　　都道府県＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号　　（　　）＿＿＿＿＿＿

ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

６．　添付書類　　履歴書・卒業証書（写）・医師免許証（写）・
臨床研修修了証（写）・作文