

(基 幹 施 設) 大 津 赤 十 字 病 院

2027 年度 大津赤十字病院整形外科専門研修プログラム応募申請書

令和 年 月 日

大津赤十字病院
院長 小 川 修 様

ふりがな			性 別	男 ・ 女	写 真 縦 4.0 cm 横 3.0 cm
氏 名					
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)				
ふりがな 現 住 所	〒 Tel () — 携帯電話 : メールアドレス :				
帰省先等 の連絡先	〒 Tel () —				
試験通知の連絡希望先をチェックして下さい [☐ 現住所 ☐ 帰省先の連絡先]					
卒業大学名		卒 年	業 月	平成・令和 年 月	
年 月	学 歴 ・ 職 歴				

* 学歴は高校卒業時より記入して下さい。

当プログラムを希望した理由・動機

将 来 希 望 す る 進 路

年 月

資 格 ・ 免 許

通勤時間

約 時間 分

扶養義務 (配偶者を除く)

人

配偶者

有 ・ 無

配偶者の扶養義務

有 ・ 無

備考欄

※ 個人情報の取扱について、選考以外に利用いたしません。
※ 選考終了後は、当院規定により廃棄処分致します。