

(基幹施設) 大津赤十字病院

2027年度 大津赤十字病院産婦人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 [<input type="checkbox"/> 現住所 <input type="checkbox"/> 帰省先の連絡先]				
卒業大学名		卒 業 年 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。