大 津 赤 十 字 病 院

麻 酔 科 医 師 申 込 書

令和　　年　　月　　日

大津赤十字病院長　様

氏名　　㊞

新生児科医師に応募申込致します。

ふりがな		性別	男・女	写　真 縦 4.0 ㎝ 横 3.0 ㎝
氏　　名				
生年月日	年　　月　　日			
ふりがな 現　住　所	〒 TEL（　　）　　－　　携帯電話： ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ：			
帰省先等 の連絡先	〒 TEL（　　）　　－			
卒業大学名		卒　業 年　月	平成　　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。

大津赤十字病院を希望した理由・動機

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。