

令和5年度香川県立中央病院臨床研修歯科医応募申込書

令和4年 月 日

香川県立中央病院長 殿

氏名 _____

私は、香川県立中央病院における臨床研修を希望しますので、応募書類を添えて下記のとおり申し込めます。

記

ふりがな		写真添付 (3×4cm)
1. 氏名		
2. 生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (歳) 男・女	
3. 現住所	〒 電話： 携帯電話： FAX： e-mail：	
4. 帰省先 (現住所と同じ場合は記入する必要はありません。)	〒 電話： 携帯電話： FAX： e-mail：	
5. 出身高校	高等学校 平成 年 月 卒業	
6. 出身大学	大学 学部 年 月 (卒業・卒業見込み)	
7. 面接日時 連絡先	当院から面接日時等を貴方の現住所のメールアドレス宛てに連絡する予定にしておりますが、支障のある方は、この欄に連絡先、連絡方法を記入してください。	
8. その他希望 事項等		

