（様式１）

令和５年度香川県立中央病院臨床研修医応募申込書

令和 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専攻医（後期）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みます。

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.現在の勤務先 |  |
| 5.医師免許取得年月日及び番号 | 　　　　　　　平成　　年　　月　　日　医師免許番号 |
| 6.出身大学 | 　　　　　　　大学 学部平成 年 月 （ 卒業 ・ 卒業見込み ） |
| 8.面接日時連絡先 |  |
| 9.研修を希望するプログラム名 |  |