（様式１）

令和8年度香川県立中央病院臨床研修歯科医応募申込書（２次募集）

令和 ７ 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、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.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　　　　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 |  |