

焼津市立総合病院
臨床研修医採用試験申込書

令和 年 月 日

私は、焼津市立総合病院の実施する臨床研修医採用試験に申し込みいたします。

試験希望日	1 令和5年8月3日(木) 2 令和5年8月11日(金・祝) ※希望日を選択してください
ふりがな 氏名	Ⓜ
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)
現住所	〒
連絡先	(上記住所以外に郵送を希望する場合のみ記入) 〒
	電話： 携帯： E-mail：
出身大学	大学 (平成・令和 年卒業・卒業見込)
医師免許	平成・令和 年 取得 ・ 取得見込
地域枠の有無	有 ・ 無 (有の場合は従事要件_____)