

年 月 日

関西労災病院病院長 殿

3 cm × 4 cm
3ヶ月以内に撮影した
正面上半身脱帽の写真
(写真票と同じもので
裏面に氏名を記入のこ
と)

臨床研修願

関西労災病院臨床研修医として採用願いたく、所定の書類を添えて申し込み
ますので、よろしくお願ひします。

願 出 者	現住所	〒(—) Tel — —		
	メールアドレス			
	(ふりがな) 氏名			
	生年月日	昭和 平成 年 月 日 男 ・ 女 (いずれかを○で囲んで下さい)		
	年齢	年齢 歳 (面接日時点での年齢をご記入ください)		
	連絡先 (帰省先・ 実家等)	〒(—) Tel — —		
	出身大学及 び卒業年次	大学医学部 年卒(予定も含む)		
医師免許証 (該当者のみ)	年 月 日取得 第 号			
面接日 (希望日)	<input type="checkbox"/> 7月17日(金)午後	<input type="checkbox"/> 7月18日(土)午前	<input type="checkbox"/> 両日どちらでも可能	
※将来希望している 診療科 (任意記入)	第1希望	第2希望	第3希望	

※差し支えなければ記入してください。

選択科研修枠により、ご希望に沿えない場合があります。