

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	現住所	〒(      —      )	
	メールアドレス	TEL      —      —	
出	(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)	
	連絡先 (帰省先・ 実家等)	〒(      —      ) TEL      —      —	
者	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		<input type="checkbox"/> 7月17日(金)午後	<input type="checkbox"/> 7月18日(土)午前
※希望プログラム 2年目選択科での希望診 療科名及び月数		(      ヶ月)	(      ヶ月)

※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。

※和暦でご記入ください。