

※ 面接

※ 整理番号

平成29年 月 日

佐世保中央病院

病院長 碓 秀樹 宛

**平成30年度「佐世保中央病院初期臨床研修プログラム」  
研修医応募申請書**

標記研修プログラム1) に基づく研修に応募申請致します。

ふりがな		印	正面上半身脱帽の写真を貼付すること。 (裏面に氏名を記入のこと。)
氏名			
生年月日	昭和 平成	年 月 日 (男・女)	
〒	-		
現住所	電話番号		
	携帯電話番号		
	E-mail		
学 歴			
昭和 平成	年 月	高等学校卒業	
昭和 平成	年 月	大学	学部 学科 入学
昭和 平成	年 月	大学	学部 学科 卒業 卒業見込
昭和 平成	年 月		

**面接調査票**

1 面接希望日を第三希望まで記入してください。(面接期日：随時)

第一希望日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_

第二希望日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_

第三希望日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_

2 面接のための来院ができない者については、以下にその理由を記入してください。

注 1) プログラム内容は、平成30年度「佐世保中央病院初期臨床研修プログラム」概要を参照して下さい。

2) ※印の面接及び整理番号欄には、記入しないで下さい。