

年 月 日

社会医療法人三栄会ツカザキ病院
病院長 殿

臨床研修医選考申請書

ツカザキ病院 臨床研修医選考試験に所定の書類を添えて申し込みます。

フリガナ			性別
氏名			男・女
マッチング ID			
生年月日	年	月	日生 (満 歳)
出身大学	大学 (年 月 卒業見込み ・ 既卒)		
現住所	〒	—	
	TEL	()	—
	携帯	()	—
メールアドレス			
面接試験希望日	第1希望： 月 日 ()		
	第2希望： 月 日 ()		
* 「医学部地域推薦」についての確認 <input type="checkbox"/> 地域枠学生ではない <input type="checkbox"/> 地域枠学生である (**)			

- ※ 当院では、応募者の方々から研修医採用活動に必要な範囲内で、氏名、住所、電話番号等の個人に関する情報をご提供いただきますが、臨床研修採用活動に関わる事項以外の目的には利用いたしません。
- ** 地域枠学生の場合は、臨床研修等の勤務要件を確認するため、都道府県等との契約状況がわかる資料を提出ください。