

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そえて申し込みます。

ふりがな 氏名		性別 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 () -	
帰省先 (現住所以外の場合)	〒 - TEL () -	
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 () 第3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。