（別紙様式1－1）

一般財団法人大原記念財団 後期臨床研修申込書

令和　　年　　月　　日

一般財団法人大原記念財団

理事長　佐藤 勝彦 殿

私は、一般財団法人大原記念財団 大原綜合病院の「大原ジェネラリスト養成プログラム」による後期臨床研修を志望しますので、所定の書類を添えて申請いたします。

※下記の項目は自筆でご記入ください

<table>
<tr><td>（フリガナ）</td><td colspan="2"></td><td>性別</td><td>男　・　女</td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">生年月日
年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="5">現　住　所
＊マンション・アパート名も略さず記載してください。
＊今後重要な連絡を行う場合がございますので、E-mail 等は誤字・脱字なくご記入ください。</td><td colspan="4">〒</td></tr>
<tr><td>自宅電話</td><td></td><td>携帯電話</td><td></td></tr>
<tr><td>PC-mail</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>携帯 mail</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">帰省先住所
＊帰省先等上記以外の連絡先がある場合記入してください。</td><td colspan="4">〒</td></tr>
<tr><td>電　話</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>出身大学及び卒業年次</td><td colspan="4">大学　　学部
年　　月　　日　　卒業</td></tr>
<tr><td rowspan="2">卒後臨床研修の実施病院名及び修了(見込)年月日</td><td colspan="4">病院
(研修プログラム名：　　)</td></tr>
<tr><td colspan="4">年　　月　　修了　(見込)</td></tr>
<tr><td>書類送付先
＊希望の送付先に○を記入してください。</td><td colspan="4">今後の選考試験等に関する書類の送付先　　[　　] 現　住　所
[　　] 帰省先住所</td></tr>
<tr><td>添付書類
＊添付書類に○を記入してください。</td><td colspan="4">[　　] 履歴書
[　　] 医師免許証の写し</td></tr>
</table>

※当院では、上記内容を個人情報保護法に基づき遵守いたします