

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「専門研修プログラム」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

(フ リ ガ ナ)			性別	男 · 女
氏 名				生年月日 年 月 日
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。	自宅電話		携帯電話	
	PC-mail			
	携帯 mail			
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。	電話			
出身大学及び卒業年次	大学 学部 年 月 日 卒業			
卒後臨床研修の実施病院名及び修了(見込)年月日	病院 (研修プログラム名: 年 月 修了 (見込))			
書類送付先 *希望の送付先に○を記入してください。	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			
添付書類 *添付書類に○を記入してください。	[] 履歴書 [] 医師免許証の写し			

※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