

# 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