令和　年度　JCHO滋賀病院総合診療専門研修申込書

令和　　年　　月　　日

独立行政法人　地域医療機能推進機構滋賀病院

　　　　　　　　　　　　　　院長　殿

私は、貴院における令和　　年　専門研修の採用試験を申し込みます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 　　　年　　月　　日 |
| 氏　名 |  | 年　　齢 | 　　　　　　　　　歳 |
|  |  | 性　　別 | 　 |
| 現住所 | 〒 |
| 電話 |  | FAX |  |
| 携帯電話 |  |
| E-mail |  |
| その他の連絡先 |  |
| 卒業大学 | 　　　　　　　　　大学　　　　　　　　学部　　　　　　学科 |
| 当研修プログラムを志望した理由（１０００字以内で） |  |