

岡山労災病院卒後臨床研修医願書

平成 年 月 日

岡山労災病院
院長 三好 新一郎 殿

氏 名 印

私は、岡山労災病院において、卒後臨床研修を希望いたしますので、応募書類を添えて
申し込みます。

ふりがな		昭和 年 月 日生
氏 名		平成 (歳) 男・女
住 所	〒 ー 電 話 : 携 帯 : F A X : E-mail : (E-mail はパソコン用)	
帰 省 先 (連絡先)	〒 ー 電 話 : F A X :	
出 身 大 学	大学 学部 学科 平成 年 月 日 卒業・卒業見込	
受験希望日	平成 30 年 ・ 7 月 2 7 日 (金) - ・ 8 月 1 0 日 (金) - ・ 8 月 2 1 日 (火) - ・ 随時	

応募書類

- ☐ 履歴書
- ☐ 卒業（見込）証明書
- ☐ 健康診断書