

令和3年度採用 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 大原総合病院の「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

| | | | |
|---|---|------|-------|
| (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