令和　　年　　月　　日

長野市民病院 病院長　殿

**長野市民病院**

**内科専門医研修 2024年度採用試験 願書**

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏　　名 |  |
| （西暦）生年月日 | 年　　　月　　　日（満　　歳）※記入日現在 |
| 現 住 所 | 〒　　　- |
| 携帯電話※連絡のつく番号をご記入ください |  |
| 最終学校学部科名 |  |
| （西暦）卒業年月 | 年　　　　月卒業 |
| 受験希望日（日程を○で囲んでください） |  | ８月２１日(月）　15:15～ |
|  | ８月２３日(水）　15:15～ |
| 初期臨床研修病院 | 病院名：ﾌﾟﾛｸﾞﾗﾑ名： |

【提出書類】

①履歴書　　②医師免許証(写)　　③初期臨床研修修了(見込)証明書

ご記入いただきました情報は、長野市民病院 内科専門医研修採用試験に係ること以外では使用いたしません。

長野市民病院