

平成24年度 財団法人大原総合病院 卒後臨床研修申込書

平成 年 月 日

財団法人大原総合病院
理事長 平子 健 殿

私は、財団法人大原総合病院の卒後臨床研修プログラムによる卒後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下さい

(フリガナ)		性別	男 ・ 女
氏 名		生年月日	年 月 日
出身大学	大学	学部	
	平成 年 月 []卒業、 []卒業見込み		
現住所	〒		
<small>* マンション・アパート名も略さず記載して下さい。 * 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・脱字なくご記入下さい。</small>	自宅電話		携帯電話
	PC-mail		
	携帯 mail		
帰省先住所	〒		
<small>* 帰省先等上記以外の連絡先がある場合記入して下さい。</small>	電 話		
	書類送付先	今後、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	[] 履歴書(別紙様式1-2) [] 成績証明書		
<small>* 添付書類に○印を付けて下さい</small>	[] 大学卒業(見込)証明書		

※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