

# 臨床研修医採用申込書

社会福祉法人<sup>恩賜財団</sup>済生会支部  
山口県済生会山口総合病院  
院長 郷良 秀典 殿

氏名 \_\_\_\_\_ 印

下記の通り令和 \_\_\_\_\_ 年度の初期臨床研修の申し込みを致します。

記

フリガナ  
氏名 \_\_\_\_\_ ( 男 ・ 女 )

生年月日 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生 ( \_\_\_\_\_ 歳)

出身大学 \_\_\_\_\_

卒業または見込み年月日 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

連絡先 現住所

〒 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

電話または携帯電話

\_\_\_\_\_

自宅（帰省先）

〒 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

電話または携帯電話

\_\_\_\_\_

志望動機

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_