

※ 面接

令和 年 月 日

長崎労災病院 院長 酒井 英樹 宛て

『長崎労災病院初期臨床研修病院プログラム』  
令和7年度 研修医応募申請書

|           |                |     |  |
|-----------|----------------|-----|--|
| ふりがな      |                |     | 写真貼付<br>(3cm×4cm)<br><br>※正面上半身脱帽<br>※3ヶ月以内に撮影<br>したもの |
| 氏名        | 印              |     |  |
| 生年月日      | 昭・平 年 月 日 ( 歳) | 男・女 |  |
| マッチング登録ID |                |     |  |
| 現住所       | 〒 -            |     |  |
| 連絡先       | 電話番号           |     |  |
|           | 携帯電話番号         |     |  |
|           | メールアドレス        |     |  |
| 学 歴       |                |     |  |
| 昭・平・令 年 月 | 高等学校卒業         |     |  |
| 昭・平・令 年 月 | 大学             | 学部  | 学科 入学  |
| 昭・平・令 年 月 | 大学             | 学部  | 学科 卒業<br>卒業見込  |
| 昭・平・令 年 月 |                |     |  |
| 昭・平・令 年 月 |                |     |  |

※

※欄は記載不要

|         |  |
|---------|--|
| 当院の志望理由 |  |
|---------|--|

|      |  |
|------|--|
| 自己PR |  |
|------|--|

**【面接調査票】**

○面接希望日を第三希望日まで記入してください。(随時可)

第一希望日: \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

第二希望日: \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

第三希望日: \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

\* Webでの面接を希望の方は臨床研修担当まで直接ご連絡ください。

臨床研修担当 メールアドレス: [shomu@nagasaki.johas.go.jp](mailto:shomu@nagasaki.johas.go.jp)

電話 番 号: 0956-49-2191 (内線 2352)