

※ 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9年度 研修医応募申請書

ふりがな			写真貼付 (3cm×4cm) ※正面上半身脱帽 ※3ヶ月以内に撮影 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 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

電話 番 号: 0956-49-2191 (内線 2352)