* 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６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@nagasakih.johas.go.jp

 電 話 番 号：0956-49-2191（内線 2352）