



埼玉医科大学国際医療センター  
シニアレジデント採用申込書

平成 年 月 日

埼玉医科大学国際医療センター 病院長 殿

私は、貴院においてシニアレジデントに採用を希望のため、関係書類を添えて申し込みます。

フリガナ		生年月日	昭和・平成 年 月 日		
氏名		年齢	歳	性別	男・女
現住所	〒				
電話		FAX			
携帯電話					
連絡先 E-mailアドレス(※)	カタカナ表記				
	注：ー(ハイフン)、_ (アンダーバー) 0(ゼロ)、O(オー)等カタカナで読みを記入すること。				
当院からの通知等 送付先 (現住所と違う場合のみ記載)	〒 ( 電話 )				
出身大学名		卒業年月	年 月		
初期研修施設名		研修期間	年 月 ~ 年 月		
採用希望診療科名		採用希望 年月日	年 月 日		
備考					

※ 記入上の注意事項の他、数字6、0とアルファベットb(ビー)、o(オー)等は正確に記入すること。

この用紙は、履歴書、初期臨床研修修了見込証明書または臨床研修修了登録証(写)、医師免許証(写)、保険医登録票(写)、現在の施設長からの推薦状とともに下記まで送付して下さい。

※自筆のこと

〒350-1298 埼玉県日高市山根 1397-1 埼玉医科大学国際医療センター臨床研修センター