



埼玉医科大学病院
シニアレジデント採用申込書

西暦 年 月 日

埼玉医科大学病院長 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	男・女
現住所	〒		
電話		FAX	
携帯電話			
連絡先 E-mailアドレス ※1	カタカナ表記 — (ハイフン)、_ (アンダーバー) 0(ゼロ)、0(オ)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		卒業年月	年 月
初期研修施設		研修期間	年 月 ~ 年 月
採用希望診療科		採用希望 年月日	年 月 日
備考			

※1 記入上の注意事項の他、数字 6、0 とアルファベット b、o 等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ください。

※自筆のこと