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	西暦　　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 ｱﾄﾞﾚｽ※1	カタカナ表記 注：ー（ﾊｲﾌﾝ）、＿（ｱﾝﾀﾞｰﾊﾞｰ）0(ｾﾞﾛ)、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		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
地域枠奨学金	□有　（　　）都道府県　・　□無		
備　　考			

※1　記入上の注意事項の他、数字 6、0 とｱﾙﾌｧﾍﾞｯﾄ b、o 等正確に記入すること。　　**自書のこと**

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）、現在所属する施設長からの推薦状とともに以下の事務室宛に送付してください。

〒350-0495　埼玉県入間郡毛呂山町毛呂本郷 38　埼玉医科大学病院　臨床研修センター事務室