試 験 申 込 書（臨床研修）

那須赤十字病院初期臨床研修プログラム		＊受付年月日	平成　　年　　月　　日
受験希望職種	臨 床 研 修	＊試 験 番 号	
フリガナ 氏　　名		㊞	男・女
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日（　　歳）		
現住所	フリガナ 〒 TEL（　　）　　－　　携帯　　－　　－ E-mail:		
選考試験希望日	平成　　年　　月　　日		
現所属校	フリガナ 名称 住所　〒 TEL（　　）　　－		
最終学歴	フリガナ 校名 昭和・平成　　年　　月　入学 昭和・平成　　年　　月　卒業・卒業見込		
連絡先	〒 TEL（　　）　　－　　携帯　　－　　－ E-mail:		

注　1　＊印欄を除き、本人が楷書で記入すること。
　　2　該当する項目を○で囲むこと。
　　3　連絡先は、通知等の送付先が現住所と違う場合のみ記入すること。
　　4　選考試験希望日は必ず記載のこと。（試験日程はHP参照）

那須赤十字病院