

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	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	年 月 日 (歳)		
現住所	フリガナ		
	〒		
	TEL () - 携帯 - -		
	E-mail:		
選考試験希望日	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		
	年 月 入学 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)