

独立行政法人国立病院機構別府医療センター臨床研修医

選考申込書兼履歴書

※受験番号はこちらで記入します

ふりがな			※受験番号		
氏名			写真貼付 (デジタル画像でも可)  申込前3ヶ月以内に 撮影されたもの  顔が識別できるものであれば サイズなどは問わない。 基本: 正面、上半身、 縦 5cm x横 4cm )		
生年月日 (YYYY/MM/DD)	男・女				
マッチングID (未取得の場合は、未と記載)					
本籍	都道府県のみ				
現住所	〒				
	TEL		FAX		
	携帯電話		E-mail		
連絡先 (帰省先)	あなたに連絡できる家族又は知人等の連絡先・氏名を記入してください				
	住所 電話	氏名		続柄	
学歴 (高校から)			年	月	入学
			年	月	卒業
			年	月	入学
			年	月	卒業
			年	月	卒業
職歴					
希望試験日	<input type="checkbox"/> 平成30年8月7日(火) <input type="checkbox"/> 平成30年8月19日(金)				
	希望日にチェックして下さい。別の日の希望があればその日を書いてください				
宿泊等	懇親会 参加・不参加		研修棟宿泊 希望・希望しない		
自由記載欄	(その他コメントがあれば自由に書いてください。)				