西暦　　　　年　　月　　日

株式会社日立製作所ひたちなか総合病院 院長 殿

写真

臨 床 研 修 医 申 込 書

　株式会社日立製作所ひたちなか総合病院（研修医）として採用願いたく、所定の書類を添えて申し込みますので、宜しくお願いいたします。

|  |
| --- |
| 願　出　者 |
| 現　住　所 | 　〒　　　 －電話　　　－　　　－ |
| メールアドレス | 　　　　　　　　　　　　　＠ |
| （ふりがな）氏　　名生年月日 | 　（　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　西暦　　　　　年　　月　　日生　 　男・女　（いずれかを○で囲む） |
| 連 絡 先（帰省先・実家等） | 　〒　　　 －電話　　　－　　　－ |
| 出身大学および卒業年次 | 　　　　　　　　　大学医学部　西暦　　　　　年卒（予定も含む） |
| 茨城県医師修学資金貸与制度の利用有無 | １．地域枠　２．一般修学資金　３．制度の利用なし（いずれかを○で囲む） |
| 選考希望日 | 選考日：１．２０２４年８月６日（火）２．２０２４年８月２７日（火）１．２０２４年８月　６日（火）２．２０２４年８月２７日（火）３．どちらでも可（第１希望日：　　　　　　　　　　　　　　　　）４．それ以外（両日とも都合が悪い場合）　　　 （いずれかを○で囲む） |