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） |