**令和７年度　つがる西北五広域連合 つがる総合病院 臨床研修申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| 試験希望日（希望日を〇で囲む） | 第１希望日　→　 7/29　・　8/21　・　8/29　・　9/8　・　9/16第２希望日　→ 　7/29　・　8/21　・　8/29　・　9/8　・　9/16その他希望　→　 7/22 ～ 9/19の間で希望日を記入 　　　　月　　　　日  |
| ふりがな |  | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 氏　　名（自　署） |  |
| 生年月日 | 西暦　　　　　　　年　　　　月　　　　日生　（満　　 　歳） |
| 現 住 所 | 〒　　　 　-　　　　 アパート等の場合は、室番号まで詳しく記入してください  |
| 連 絡 先 | 携　帯　　　　　 　－　　　 　　　　－ |
| メール |
| 学　　歴 | 学校名 | 学部学科 | 在学期間 | 備　　考 |
| 　　中学校 |  |  　　年　　月から 年　　月まで | 卒業 |
|  |  | 年　　月から年　　月まで | 卒業・卒業見込・中退 |
|  |  |  年　　月から 年　　月まで | 卒業・卒業見込・中退 |
|  |  |  年　　月から 年　　月まで | 卒業・卒業見込・中退 |
|  |  |  年　　月から 年　　月まで | 卒業・卒業見込・中退 |
| 職　　歴　　　　　　（現職及び主なもの） | 勤務先名称 | 職務内容 | 在職期間 | 所在地（都道府県） |
|  |  |  年　　月から 年　　月まで |  |
|  |  |  年　　月から 年　　月まで |  |
|  |  |  年　　月から 年　　月まで |  |
| 資格免許 | 名　　称 | 取得年月日 |
|  | 年　　　　　月　　　　　日　  |
|  | 年　　　　　月　　　　　日 　  |
|  | 年　　　　　月　　　　　日 　  |
| 家族状況（任 意 記 入） | 氏　　名 | 続柄 | 年齢 | 扶養義務 | 勤務先または通学先 |
|  |  | 歳 | 有・無 |  |
|  |  | 歳 | 有・無 |  |
|  |  | 歳 | 有・無 |  |
|  |  | 歳 | 有・無 |  |