

西暦 年 月 日

日本生命病院 院長 殿

## 専攻医 申込書

日本生命病院 専攻医として採用願いたく、所定の書類を添えて申し込み致します。

現住所	(〒 - )  (TEL - - )
E-mail	@
氏名 生年月日	(ふりがな )  西暦 年 月 日生 男・女
連絡先 (詳細 ご連絡先)	(〒 - )  (TEL - - )  ※面接日程等をご連絡いたしますので必ず確認が取れる連絡先を記入して下さい。
出身大学 及び 卒業年次	大学医学部 西暦 年卒
現在の所属	病院名: 診療科:
希望する診療科 及び 研修内容に ついての希望	第一希望: 第二希望:  特に希望する診療科がない場合、希望したい研修内容についてご記入ください。

- 採用面接にあたり当申込書での事前手続きが必要です。
- 手続用書類の送付先: 〒550-0006 大阪市西区江之子島2丁目1番54号 日本生命病院 総務人事G