

西暦 年 月 日

日本生命病院 院長 殿

初期臨床研修申込書

日本生命病院 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致します。

現住所	(〒 -) (TEL - -)	写真貼付 40×30mm
E-mail	@	
氏名 生年月日	(ふりがな) 西暦 年 月 日生 男・女	
連絡先 (試験詳細 ご連絡先)	(〒 -) (TEL - -) ※試験詳細等をご連絡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(予定も含む)	

●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