**採用試験申込書**

　当院では、令和６年4月開始の初期研修医を募集しています。応募期間は、令和５年6月１９日から８月１０日迄です。原則、期間中の火曜日を試験日としておりますが、平日の希望日からも調整しますので、以下の申込にご記入のうえ、FAXまたはメールに添付してお申込みください。

令和　　　　年　　　　月　　　　日　申込み

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ  氏　名 |  | | |
| 性　別 | 男　・　女 | 年　齢 | 歳 |
| 大　学 | 大学 | 学　年 | 年 |
| 住　所 | 〒 | | |
| 連絡先 | 電話番号などをご記入ください。 | | |
| メールアドレス | ＠ | | |

試験希望日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 第１希望 | | 令和　　　　　年　　　　　月　　　　　日　（　　　　曜日） |
| 第２希望 | | 令和　　　　　年　　　　　月　　　　　日　（　　　　曜日） |
| 第３希望 | | 令和　　　　　年　　　　　月　　　　　日　（　　　　曜日） |
|  | | |
| 備考欄 | 試験当日に病院見学もご希望の方は見学希望科（第三希望まで）をご記入ください。 | |

【送　信　先】

FAX：058-382-1762

E-mail：saiyo@tokaihp.jp　  
担当：庶務課池田