

埼玉協同病院医師臨床研修採用試験申し込みにあたって

この度は埼玉協同病院医師臨床研修採用をご検討いただき、誠にありがとうございます。
申し込みにあたっては下記をご覧の上、送付内容に誤り漏れがないようお願い申し上げます。

記

1. 送付書類

- ① 埼玉協同病院 医師臨床研修採用申込書
※1 ページにつき A4 サイズで印刷し2頁を送付してください。
※証明写真 4cm×3cmには写真の裏に氏名・学校名を記載してください。
※記載は手書き・パソコン使用を問いません。
- ④ 成績証明書
- ⑤ 卒業見込み証明書

2. 送付先

333-0831
埼玉県川口市木曾呂 1317
埼玉協同病院 初期臨床研修採用担当

3. 書類送付後について

書類到着が確認でき次第、採用申込書記載のメールアドレス宛に書類到着のご連絡をさせていただきます。書類発送後1週間を過ぎても到着連絡がなかった場合、お手数ですが当院へご一報いただけますと幸いです。

以上

埼玉協同病院 医師臨床研修採用申込書

記入日（西暦） 年 月 日現在

ふりがな 氏名				
				印
生年月日	西暦	年	月	日生 歳



現住所 〒 —	電話番号（自宅・携帯） () —
	e-mail :
連絡先 〒 — 現住所以外に連絡を希望する場合にのみ記入	電話番号（自宅・携帯） () —
	e-mail :

西暦	年	月	学歴・職歴
西暦	年	月	免許・資格

*これらの個人情報は、採用の可否の判断および本人への連絡に利用させていただきます。

氏名：

長所	短所
趣味・特技	健康状態
試験希望日 なし あり 第1希望 月 日、第2希望 月 日	

当院研修を志望した理由を教えてください。

現在目指している将来の医師像を教えてください。(専門としたい診療科や分野・どんな医療がしたいか)