

長 浜 赤 十 字 病 院  
令 和 5 年 度 臨 床 研 修 医 申 込 書

令和 年 月 日

長浜赤十字病院  
院長 楠井 隆 様

令和5年度臨床研修医（地域医療重点プログラム）に応募申し込みいたします。

ふ り が な		性 別	男	
氏 名			女	
生 年 月 日	昭 和 ・ 平 成 年 月 日			
ふ り が な 現 住 所	〒 Tel ( ) - 携帯電話等 ( ) -			
E-Mail				
出身都道府県				
年 月	学 歴 ・ 職 歴			
年 月	資 格 ・ 免 許			

自己 PR

長浜赤十字病院を希望した理由・動機

長所・短所・性格

クラブ活動・スポーツ・文化活動・趣味・特技

希望する将来像

希望試験日時（申し込み後に日程調整を致します。）

第一希望

月 日 時 分

第二希望

月 日 時 分

第三希望

月 日 時 分

備考欄（当院への質問事項など）