

愛知県厚生農業協同組合連合会

知多厚生病院 院長 高橋 佳嗣 殿

知多厚生病院卒後初期臨床研修医採用試験 受験申込書

令和 年 月 日

フリガナ		男・女	写真 ・出願3ヶ月以内に 撮影した脱帽正面 向、上半身のもの ・背景なしのもの
氏名		印	
生年月日	昭和・平成 年 月 日	歳	
現住所	〒		
試験案内送付先	〒		
電話番号		携帯電話	
E-mail	@		携帯のアドレスも可
年	月	日	学歴・職歴
入学			高等学校
卒業			

一般枠 ・医学部入学が一般枠か地域枠か  
地域枠      どちらかに☑を付けて下さい。

年	月	日	資格・免許
趣味・特技			クラブ活動など
志 望 理 由			
<b>受験希望日</b> (応募状況により、日程変更をお願いする場合があります。 どちらの日程でも選考に差異は全くございません。)  マッチング ID		<input type="checkbox"/> どちらでも可	
		<input type="checkbox"/> 令和6年 8月 22日(木)	
		<input type="checkbox"/> 令和6年 8月 29日(木)	

記入上の注意

- (1) 鉛筆以外の黒の筆記用具で記入のこと。
- (2) 文字は楷書で、数字は算用数字を使用のこと。
- (3) これらの書類は返却しません。