様式第１号（第３条関係）

　　年　　月　　日

**年度初期研修医採用申込書**

　宇和島市病院事業管理者　様

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  氏　名 |  | 自署の場合  は押印不要  ㊞ | 写真貼付  横3㎝×縦4㎝  正面・上半身・脱帽無背景で本人であることが識別可能な写真であること  写真は概ね6か月以内に撮影したものであること |
| 性　別 | 男 　・　 女 | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日  (満　　歳 ※満年齢は、受験日当日の年齢を記入) | |
| 本　籍 | 都･道･府･県 | |  |
| 現 住 所 | 郵便番号　　　　－  電話番号　　　　　　－　　　　－  ＦＡＸ番号 　　　　 －　　　　－  メールアドレス | | |
| 緊急連絡先  （携帯電話等） | 電話番号　　　　　　－　　　－ | | |
| 帰　省　先  （現住所と異なる場合） | 郵便番号　　　－  電話番号　　　　　　－　　　　－  ＦＡＸ番号 　　 　　－　　　　－ | | |
| 卒業（見込）大学名 | 大学　　学部[　　　　年　　月卒業（見込）] | | |
| 試　験　日 | 年　　月　　日 | | |
| その他必要書類 | （1）履歴書  （2）卒業（見込）証明書  （3）成績証明書  （4）健康診断書  （※今年度大学等で実施された健康診断の写しで可） | | |