

鳥取赤十字病院研修医選抜面接試験願書

令和 年 月 日

※受験番号				写真添付 縦 36～50 mm 横 24～40 mm	
マッチングID番号 () 未					
ふりがな					
氏 名					
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)			性別	
現住所	〒	—	電話		
			E-mail		
緊急時 連絡先	〒	—	電話		
			E-mail		
学 歴					
昭和・平成 年 月					
昭和・平成 年 月					
昭和・平成 年 月					
昭和・平成 年 月					
昭和・平成 年 月					
職 歴 等					
昭和・平成 年 月					
昭和・平成 年 月					
試験希望日(○してください)		① 8月20日(火)14時～ 鳥取赤十字病院 ② 9月25日(水)14時～ 米子市文化ホール			

備考 ※欄は記入しないでください。

マッチングID番号が交付されていない場合は、「未」に○をつけてください。