**鳥取赤十字病院研修医選抜面接試験願書**

令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| ※病院使用欄　（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※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。 |
| 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18日（火）14時～　　鳥取赤十字病院
2. 9月18日（金）14時～　　米子市文化ホール
 |