

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			
平成・令和 年 月			
平成・令和 年 月			
平成・令和 年 月			
平成・令和 年 月			
平成・令和 年 月			
職 歴 等			
平成・令和 年 月			
平成・令和 年 月			
試験希望日(○してください)	①令和3年8月23日(月)14:00～ 鳥取赤十字病院 ②令和3年9月10日(月)13:30～ 米子市文化ホール		