福岡青洲会病院　臨床研修願書

（西暦）　　年　　月　　日

福岡青洲会病院　殿

<table>
<tr><td>ふりがな</td><td></td><td>生年月日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td></td><td>年　齢</td><td>歳</td><td></td></tr>
<tr><td>現住所</td><td colspan="4">〒　　ー</td></tr>
<tr><td rowspan="2">電話番号</td><td>自宅</td><td colspan="3" rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>携帯</td></tr>
<tr><td>勤務先</td><td colspan="4">（既卒の場合のみ）</td></tr>
<tr><td>出身校</td><td colspan="4">大学　（西暦）　　年　　月　　日　卒業
卒業見込</td></tr>
<tr><td rowspan="3">試験
希望日</td><td colspan="2">第１希望日
月　　日　　曜日</td><td colspan="2">第２希望日
月　　日　　曜日</td></tr>
<tr><td colspan="2">第３希望日
月　　日　　曜日</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="4">※受験希望者多数の場合、ご希望に添えない場合もございます。</td></tr>
<tr><td>備考※</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

※連絡方法、連絡先等でご指定のある場合など、その他の事項は備考欄にご記入下さい。

この書類は、添付書類と同封の上、下記までご郵送、もしくはご持参下さい。

〒811-2316
福岡県糟屋郡粕屋町長者原西4丁目11番8号
福岡青洲会病院　臨床研修センター