



埼玉医科大学国際医療センター  
平成 29 年度 シニアレジデント採用申込書

平成 年 月 日

埼玉医科大学国際医療センター 病院長 殿

貴院においてシニアレジデントに採用を希望のため、関係書類を添えて申し込みます。

フリガナ		生年月日	昭和・平成	年	月	日
氏名		年齢	歳	性別	男・女	
当院からの通知等 送付先	〒					
電話		F A X				
携帯電話						
携帯電話 E-mail アドレス	〔 記入上注意事項：アルファベットはブロック体、数字はアラビア数字で正確に記入すること。 － (ハイフン)、_ (アンダーバー) 等は判断し易く記入すること。〕					
P C 用 E-mail アドレス	〔 記入上注意事項：アルファベットはブロック体、数字はアラビア数字で正確に記入すること。 － (ハイフン)、_ (アンダーバー) 等は判断し易く記入すること。〕					
その他の連絡先 (帰省先など)	〒  (電話 )					
出身大学	大学 卒業年月日 平成 年 月 日					
希望診療科						
備考						

※ この用紙は、履歴書、初期研修修了(見込)証明書(初期研修修了者は臨床研修修了登録証(写))、  
医師免許証(写)、保険医登録票(写)、現在の施設長からの推薦状とともに下記まで送付してく  
ださい。

※ 自筆のこと

送付先：〒350-1298 埼玉県日高市山根 1397-1 埼玉医科大学国際医療センター臨床研修センター