

* 整理番号

令和6年 月 日

面接を希望する施設にチェックを入れて下さい ※長崎大学病院はこの申請書での応募はできません

- | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 諫早総合病院 | <input type="checkbox"/> 上五島病院 | <input type="checkbox"/> 上戸町病院 |
| <input type="checkbox"/> 五島中央病院 | <input type="checkbox"/> 済生会長崎病院 | <input type="checkbox"/> 佐世保共済病院 |
| <input type="checkbox"/> 佐世保市総合医療センター | <input type="checkbox"/> 佐世保中央病院 | <input type="checkbox"/> 島原病院 |
| <input type="checkbox"/> 対馬病院 | <input type="checkbox"/> 日赤長崎原爆病院 | <input type="checkbox"/> 長崎みなとメディカルセンター |
| <input type="checkbox"/> 長崎労災病院 | | |

令和6年度 新・鳴滝塾合同採用面接 応募申請書

フリガナ				写真貼付 3cm×4cm 3ヵ月以内に撮影したもので 正面上半身脱帽の写真 ※裏面に氏名を記入		
氏名	(印)					
生年月日	昭和 平成	年	月		日	性別
本籍・国籍	都道府県				男・女	
現住所	〒					
	電話番号					
	携帯電話番号					
	E-Mail	@				
緊急 連絡先	氏名	応募者との間柄()				
	〒					
	電話番号					
学歴 (大学在学中に休学期間がある場合は、その期間を記載してください)						
平成 令和	年	月	高等学校卒業			
平成 令和	年	月	大学	学部	学科入学	
平成 令和	年	月	大学	学部	学科卒業 卒業見込	
平成 令和	年	月				
平成 令和	年	月				
休学期間						
マッチング登録ID						

〈注〉 マッチング協会への参加登録をして、そこで付与されたユーザーIDを記入してください。
大学のIDではありません。また、パスワードは絶対に記入しないようにお願いします。
 参加登録前に申請書を提出される場合は、参加登録後、できるだけ早くユーザーIDをお知らせください。

※ この申請書はパソコン等による入力でも構いませんが、氏名は必ず自署してください。

提出先 長崎県医師臨床研修協議会【新・鳴滝塾】
 〒852-8501 長崎市坂本1-7-1 長崎大学病院内
 Email : info@narutaki-jyuku.jp
[TEL:095-865-8351](tel:095-865-8351) [FAX:095-819-7882](tel:095-819-7882)

※6月14日(金)必着