

2024年度採用

一般財団法人大原記念財団 卒後臨床研修申込書

令和 年 月 日

一般財団法人大原記念財団

理事長 佐藤 勝彦 殿

私は、一般財団法人大原記念財団 大原綜合病院の臨床研修プログラムによる臨床研修を志望しますので、所定の書類を添えて申請いたします。

※下記の項目は自筆でご記入ください

(フリガナ)			性別	男 ・ 女
氏 名			生年月日 年 月 日	
出身大学	大学 学部 年 月 []卒業、[]卒業見込み			
現 住 所 *マンション・アパート名も略さず記載してください。 *今後重要な連絡を行う場合がございますので、E-mail等は誤字・脱字なくご記入ください。	〒 自宅電話 携帯電話 E-mail			
帰省先住所 *帰省先等上記以外の連絡先がある場合記入してください。	〒 電 話			
書類送付先 *希望の送付先に○を記入してください。	今後の選考試験等に関する書類の送付先 [] 現 住 所 [] 帰省先住所			
添 付 書 類 *添付書類に○を記入してください。	[] 履歴書(別紙様式1-2) [] 成績証明書 [] 大学卒業(見込)証明書			
試 験 希 望 日 *希望の試験日に○を記入してください。 (詳細時間は個別にご連絡いたします。)	[] 7月29日(土) [] 8月18日(金) [] 7月29日、8月18日どちらでもよい [] その他() ※その他試験日の希望がある場合は、スケジュール調整のうえご連絡いたします。			
福島県修学資金	[] 被貸与者である [] 被貸与者ではない			

※当院では、上記内容を個人情報保護法に基づき遵守いたします



大原綜合病院
OHARA GENERAL HOSPITAL