記入日:2023 年　　月　　日

2024 年度採用　倉敷成人病センター初期臨床研修医　応募票
【2 次募集】

※当院使用欄	
ふりがな 氏　　名	性別　男 ・ 女
生年月日	西暦　　年　　月　　日生まれ　　年齢（　　）歳
大学名	大学　平成・令和（　　）年　卒業 ・ 卒業見込
地域枠学生の確認	※該当する項目へチェックください ☐地域枠学生　　☐地域枠学生以外
受験希望日	※　第 1～2 希望日までご記入ください 第 1 希望日）　　第 2 希望日） 月　　日　　月　　日
連絡先	現住所（研修医の採用に関する書類の送り先を明記のこと） 帰省先(または 2024 年 3 月末の最終的な採用書類の送付先） 電話番号（携帯があればその番号も記入） 1） 2） メールアドレス（選考に必要な事項をメールで送りますので必須です。添付ファイルが見られない携帯の場合は、携帯以外のアドレスも記載してください） 1） 2）
その他	研修についての希望や将来の予定などがありましたら自由に書いてください