

令和9年度香川労災病院初期臨床研修医採用試験申込書

令和 8年 月 日

独立行政法人労働者健康安全機構

香川労災病院長 殿

申請者 氏名 _____ 印

下記により、令和9年度香川労災病院卒後臨床研修医として採用願いたく申請いたします。

記

氏名： _____ (ふりがな： _____)

生年月日：昭和・平成 年 月 日生 性別：男・女

出身大学： _____ 大学 令和 年 月 卒業（見込み）

医師免許：令和 年 取得（見込み）

マッチングID： _____

希望試験日：令和 年 月 日

※第1回（8月12日）、第2回（8月18日）以外の日程をご希望の方は、下の表に第3希望まで
ご記入ください。

第1希望	令和 年 月 日 ()曜日
第2希望	令和 年 月 日 ()曜日
第3希望	令和 年 月 日 ()曜日

連絡先住所：

〒 _____

電話番号： _____

携帯番号： _____

E-mail： _____

帰省先住所：

〒 _____