

令和 年 月 日

大阪労災病院長 殿

写真  
4cm × 3cm

3ヶ月以内に撮影した正面  
上半身脱帽の写真  
(履歴書と同じ写真)

## 歯 科 臨 床 研 修 願

大阪労災病院歯科臨床研修医として採用願いたく、所定の書類を添えて申し込みますので  
よろしく願いいたします。

願	現住所	〒 (      -      )	TEL      -      -	携帯      -      -	FAX      -      -
	メールアドレス				
出	フリガナ 氏 名 生年月日	(西暦)      年      月      日生      男 ・ 女 <small>(いずれかを○で囲んでください)</small>			
	連絡先 (帰省先・実家等)	〒 (      -      )	TEL      -      -	携帯      -      -	FAX      -      -
者	出身大学 及び 卒業年次	大学 歯学部      年      月      卒業予定 卒業 <small>(いずれかを○で囲んでください)</small>			