

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)

臨 床 研 修 願

大阪労災病院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 医学部 年 月 卒業予定 卒業 <small>(いずれかを○で囲んでください)</small>