

茨城県立こころの医療センター医師申込書

写 真

4 cm × 4 cm

氏 名	(氏 名) <span style="float: right;">㊟</span>	
生年月日	昭 和 平 成 年 月 日 ( 才)	
住 所	〒 TEL ( )	
連 絡 先	〒 TEL ( )	
最終学校名	平成 年 月 卒業	
資格免許	医師免許 取 得 年 月 日	平成 年 月 日
希望採用日 (項目に○を 付けて下さい)	平成 年度 (希望採用日：平成 年 月 日以降)	

※ 参考までに、本採用試験をお知りになったきっかけに○を付けてください(複数回答可)。

- |                |                 |
|----------------|-----------------|
| 1. 知人からの紹介     | 2. 病院のホームページを見て |
| 3. 募集要項を見て     | 4. 臨床研修         |
| 5. その他(具体的に： ) |                 |