令和　5年　　月　　日

宝塚市立病院長　様

臨　床　研　修　願

宝塚市立病院「歯科医師臨床研修医」として採用願いたく、所定の書類を添えて申請します。

現　住　所	〒(　　－　　) TEL:　　－　　－
メールアドレス	@
(フ リ ガ ナ) 氏　　名 性　　別 生　年　月　日	(　　) 男　・　女　(いずれかを〇で囲んでください) 年　　月　　日(満　　歳)
連　絡　先 (郵便物等配送先)	〒(　　－　　) TEL :　　－　　－
選 考 日	希望する選考日の一つに〇を記入すること (　) A日程　令和5年8月14日(月) (　) B日程　令和5年8月25日(金)
出　身　大　学	(平成・令和　　年　卒業・卒業予定)