20 년도(의학계열, 치의학계열)

전공의(인턴 · 레지던트) 지원서

수험번호							

성 명	(한글)		출 생 월 일	
	(영문)		월 일	
주 소				
연 락 처	자택전화		휴대전화	
	E-mail			
수련경력	. . . ~ . . .	병원 인턴[수료 / 수료예정]		
	. . . ~ . . .	병원 인턴[수료 / 수료예정]		
	. . . ~ . . .	병원 인턴[수료 / 수료예정]		
	. . . ~ . . .	병원 인턴[수료 / 수료예정]		
(치과)의사면허번호	제 호	(치과)의사면허 취득년월일	년 월 일	
지원과정	인턴 ( ) 레지던트 ( )	계 열	의학 ( ) 치의학 ( )	
레지던트지원과명	제1지망: 과 / 제2지망: 과			

병역사항	( )육 군 ( )해 군 ( )공 군 ( )공보의	입대년월일	. . .	전역년월일	. . .	역 종	미 필 ( ) 예비역 ( ) 면 제 ( )
		병 과		계 급			
특이사항 (질병 등)							

본인은 귀 병원에서 전공의(인턴 · 레지던트)수련을 받고자 소정의 양식을 갖추어 지원하며, 위 기재 내용은 사실과 다름이 없음을 확인합니다.

20 년 월 일

지원자 _____ (인)

전남대학교병원장 귀하

※ 수험번호는 기재하지 마시기 바랍니다.