

令和5年度採用 臨床研修医選考申込書

令和 年 月 日

栗原市立栗原中央病院

院長 中 鉢 誠 司 殿

申請者氏名（自署） _____

私は、貴院において臨床研修を行いたく、関係書類を添えて申込み致します。

ふりがな 氏名			男 ・ 女
生年月日	昭和・平成	(西暦)	年 月 日 (満 歳)
現住所	〒 _____ 電話番号 ()		
連絡先	※帰省先等上記以外の連絡先がある場合ご記入願います。 〒 _____ 電話番号 ()		
在籍大学または卒業大学			卒業・卒業見込み (どちらかを○で囲んでください) 令和 年度
採用試験日の希望	※希望期間にチェックをしてください。 <input type="checkbox"/> 8月1日(月)～8月12日(金) <input type="checkbox"/> 8月15日(月)～8月19日(金) <input type="checkbox"/> 8月22日(月)～8月26日(金) <input type="checkbox"/> 8月29日(月)～9月7日(水)		
将来希望の診療科	※複数回答可、該当するものを○で囲んでください。		
	内科系 消化器内科・腫瘍内科・脳神経内科・循環器内科・呼吸器内科・ 代謝内分泌内科・血液内科・リウマチ科・アレルギー科・小児科・ 心療内科・精神科・放射線科・総合診療科・リハビリテーション科		
	外科系 消化器外科・整形外科・呼吸器外科・心臓血管外科・小児外科・ 脳神経外科・泌尿器科・産婦人科・耳鼻咽喉科・眼科・皮膚科・ 形成外科・麻酔科・救急科		
	未 定		
臨床研修終了後の予定	※該当するものにチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 大学医局へ入局 <input type="checkbox"/> 専門医を目指して大学以外の専門病院で専門研修 <input type="checkbox"/> 基礎医学 <input type="checkbox"/> 栗原市立病院で勤務 <input type="checkbox"/> その他 _____		
備 考	※研修に関する希望等をご記入ください。		