令和７年度採用 臨床研修医選考申込書（追加募集）

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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | | 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　　月 |
| 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。  大学医局へ入局  専門医を目指して大学以外の専門病院で専門研修  基礎医学  栗原市立病院で勤務  その他 | | |
| 備　考 | ※研修に関する希望等をご記入ください。 | | |