

令和8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。

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 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。 <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。	