

## 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	<p>※複数回答可、該当するものを○で囲んでください。</p> <p>消化器内科・腫瘍内科・脳神経内科・循環器内科・呼吸器内科・ 内科系 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</p> <p>消化器外科・整形外科・呼吸器外科・心臓血管外科・小児外科・ 外科系 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</p> <p>未定</p>		
臨床研修終了後の予定	<p>※該当するものにチェックしてください。</p> <p><input type="checkbox"/>大学医局へ入局</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/>基礎医学</p> <p><input type="checkbox"/>栗原市立病院で勤務</p> <p><input type="checkbox"/>その他 _____</p>		
備考	※研修に関する希望等をご記入ください。		