

令和9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 月
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7日（金） <input type="checkbox"/> 8月19日（水） <input type="checkbox"/> 8月31日（月） <input type="checkbox"/> 9月4日（金）
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。