令和　　年　　月　　日

（別記様式１）

総合病院　中津川市民病院

病院長　関谷　正徳　様

臨床研修医申込書

貴院の初期臨床研修プログラムを了承した上で、総合病院中津川市民病院臨床研修医として採用願いたく、所定の書類を添えて申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 区分 | 医科　・　歯科　　　　　　（いずれかに○） |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 性別 | □男　　　□女 |
| 現住所 | 〒　　　　－　　　 |
| 連絡先 | TEL　　　　　－　　　　－　　　MAIL　　　　　　　　　　＠ |
| 出身大学及び卒業年次 | 　　　　　　　　　　　　　大学　　　　　　　　　　　　　年卒（予定含む） |
| 志望理由 |  |
| 選考日(希望日を記入してください) | 第1希望　　　　月　　　日第2希望　　　　月　　　日 |

　　※「性別」欄：記載は任意です。未記載とすることも可能です。