

令和5年度大崎市民病院初期臨床研修申込書

令和 年 月 日

大崎市民病院

院長 今泉 秀樹 様

氏 名

印

大崎市民病院研修プログラムによる初期臨床研修を希望いたしますので、所定の書類を添えて申し込みたいと思います。

フリガナ	
氏 名	(男 ・ 女)
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日 (才)
現 住 所	〒 _____ TEL (_____) _____ E-mail _____
受験票送付先 ※現住所以外の送付先を希望の場合のみご記入ください。	〒 _____ TEL (_____) _____
出身大学	大学 令和 年 月 日 卒業見込
希望選考日	<p>第1希望 第2希望</p> <p><input type="checkbox"/> 1回目 令和4年8月5日(金)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2回目 令和4年8月10日(水)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3回目 令和4年8月17日(水)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4回目 令和4年8月24日(水)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5回目 令和4年9月2日(金)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> その他(上記日程で都合が合わない場合のみ)</p> <p>※1回あたりの希望者多数の場合は、他の選考日に変更していただくことがありますので、第2希望について第1希望の選考日以降にチェックを付けてください。なお、応募締切日は第1希望の締切日とします。日程は決まり次第ご連絡いたします。</p>