

令和 8 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 神波 力也 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です。

フリガナ	
氏 名	(男 ・ 女)
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日 (才)
現 住 所 等	〒 — T E L () — 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。	〒 — T E L () —
出 身 大 学	大学 令和 年 月 日 卒業見込
希望選考日	第1希望 第2希望 ☐ 1 回目 令和 7 年 7 月 25 日 (金) ☐ ☐ 2 回目 令和 7 年 8 月 1 日 (金) ☐ ☐ 3 回目 令和 7 年 8 月 8 日 (金) ☐ ☐ 4 回目 令和 7 年 8 月 15 日 (金) ☐ ☐ 5 回目 令和 7 年 8 月 29 日 (金) ☐ ☐ 6 回目 令和 7 年 9 月 5 日 (金) ※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。