

令和6年度採用 市立函館病院初期臨床研修医 研修申込書

令和 年 月 日

市立函館病院長 様

私は市立函館病院初期臨床研修医に、下記のとおり申し込みます。

フリガナ			性別
氏 名			男 ・ 女
生年月日	昭和・平成 年 月 日 生 (満 歳)		
フリガナ			
現住所 (各種連絡通知先)	〒 -	電話 () -	
		携帯 - -	
e-mail			
フリガナ			
連絡先 (帰省先等)	〒 -	電話 () -	
試験希望日 ※1 試験日について希望順位をご記載ください。 ※2 その他の特記事項がございましたら、備考欄へご記載ください。	試験日		希望順位
	令和 5 年 7 月 7 日 (金)		
	令和 5 年 7 月 21 日 (金)		
	令和 5 年 8 月 4 日 (金)		
	令和 5 年 8 月 18 日 (金)		
	備考		
卒業 (予定) 大学名			卒業 (予定) 年 月 令和 年 月
地域 枠 確 認	①地域枠等による臨床研修期間中の従事要件有無		有 ・ 無
	②「有」の場合、大学の入学枠および従事要件を下記にご記載ください。 記載例) 入学枠：地域枠、特別枠などの名称 従事要件：全国どこでも可、道内臨床研修病院のみ可などの要件		
	入学枠： 従事要件：		

※3 試験日や当日の集合時間等は、申込締切後にメールにてご連絡いたします。