

臨床研修申込書

2020年 月 日

旭川赤十字病院長 様

氏名 _____ ㊞

私は、2021年4月1日より開始する「2021年度 旭川赤十字病院 初期臨床研修プログラム」による2年間の臨床研修について、関係書類を添えて申込みいたします。

ふりがな 氏名		生年月日 年齢・性別	昭・平 年 月 日 (歳) 男・女
最終学歴	大学 年 月 日 (卒業・卒業見込)		
連絡先	〒 住所： 電話番号： 携帯番号： メールアドレス：		
上記以外の 連絡先 (帰省先等)	〒 住所： 電話番号：		
受験希望日	第1希望 月 日 第2希望 月 日 第3希望 月 日		

<p>志望理由</p>	
<p>病院見学申込 (条件あり◆)</p>	<p>◆<u>採用試験で初めてご来院され、見学を希望される方</u>はご記入をお願いします。 また、ご希望に沿えない場合がありますのでご了承ください。</p> <p>〔日程〕 ※採用試験日を含めて結構です。</p> <p>第1希望 月 日 ~ 月 日 (の内 日間)</p> <p>第2希望 月 日 ~ 月 日 (の内 日間)</p> <p>第3希望 月 日 ~ 月 日 (の内 日間)</p> <p>〔診療科〕 ※内科系を希望される場合は、(例) 消化器内科 のように具体的科名を記入してください。(当院ホームページ参照)</p> <p>第1希望</p> <p>第2希望</p> <p>第3希望</p>
<p>備考欄</p>	