

臨床研修申込書

2023年 月 日

旭川赤十字病院長 様

氏名 _____ ㊞

私は、2024年4月1日より開始する「2024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	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		

志望理由	
病院見学申込 (条件あり◆)	◆採用試験で初めてご来院され、見学を希望される方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。 〔日程〕 ※採用試験日を含めて結構です。 第1希望 月 日 ～ 月 日 (の内 日間) 第2希望 月 日 ～ 月 日 (の内 日間) 第3希望 月 日 ～ 月 日 (の内 日間) 〔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) 第1希望 第2希望 第3希望
地域枠の従事要件 に関する確認 【注意】 厚生労働省より研修 医の募集及び採用を行 う際の留意事項に基づ き行っております。	近年の地域医療への貢献等を目的とした地域枠の学生の増加に伴い、「地域枠従事要件」 が課せられているか否かについて確認いたします。 ①初期臨床研修2年間における地域枠での従事要件がありますか。 ☐は い ⇒ ②へ ☐いいえ ⇒ 以上です ②初期臨床研修2年間における地域枠での従事要件の具体的な内容について 記載してください。