臨 床 研 修 申 込 書

２０２４年　　　月　　　日

旭川赤十字病院長　様

氏名　　　　　　　　　　　　㊞

私は、２０２５年４月１日より開始する「２０２５年度 旭川赤十字病院 初期臨床研修プログラム」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。 | 地域医療への貢献等を目的とした地域枠の学生に該当し、「地域枠従事要件」が課せられているか否かについてご記入をお願いします。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、③へ□いいえ　⇒　以上です②あなたが該当する地域枠はどれですか。□ 都道府県地域枠　 □北海道　（北海道医師養成確保修学資金制度を利用）　□その他　（都府県名：　　　　　　　　　　）□ 札医地域枠（先進研修連携枠(ATOP-M)）□ 旭医地域枠（総合型選抜（旧AO枠）：北海道特別選抜、国際医療人特別選抜）□ 旭医地域枠（学校推薦型選抜：道北・道東特別選抜）□ その他　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　③初期臨床研修2年間における従事要件に該当するものはどれですか。□ 指定された特定病院での研修実施□ 指定された複数の病院のいずれかで研修実施が可能□ 入局先の判断で初期研修のみ市中病院での研修実施が可能□ その他　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |