

臨床研修申込書

2025年 月 日

旭川赤十字病院長 様

氏名 _____ (印)

私は、2026年4月1日より開始する「2026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。	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、「<u>地域枠従事要件</u>」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 ☐北海道特別選抜 ☐道北・道東特別選抜 ☐国際医療人特別選抜 ☐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