

臨床研修申込書

2026年 月 日

旭川赤十字病院長 様

氏名 _____ ㊟

私は、2027年4月1日より開始する「2027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			

<p>病院見学申込 (条件あり◆)</p>	<p>◆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。</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>地域枠の該当・ 従事要件の有無 に関する確認</p> <p>【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。</p>	<p>地域医療への貢献等を目的とした地域枠の該当および従事要件の有無について ご記入ください。</p> <p>①あなたは次のどちらに該当しますか。</p> <p><input type="checkbox"/> 一般枠 ⇒ 以上です。</p> <p><input type="checkbox"/> 地域枠 ⇒ ②・③へお進みください</p> <p>②あなたが該当する地域枠はどれですか。</p> <p><input type="checkbox"/> 都道府県地域枠 <input type="checkbox"/> 北海道 (北海道医師養成確保修学資金制度を利用) <input type="checkbox"/> その他 (都府県名: _____)</p> <p><input type="checkbox"/> 札医地域枠 <input type="checkbox"/> 先進研修連携枠(ATOP-M) <input type="checkbox"/> 特別枠</p> <p><input type="checkbox"/> 旭医地域枠 <input type="checkbox"/> 北海道特別選抜 <input type="checkbox"/> 道北・道東特別選抜 <input type="checkbox"/> 国際医療人特別選抜</p> <p><input type="checkbox"/> その他 _____</p> <p>③初期臨床研修2年間における従事要件について、該当するものを選択して ください。</p> <p><input type="checkbox"/> 指定された特定病院での研修を実施</p> <p><input type="checkbox"/> 指定された複数の病院のいずれかで研修を実施可能</p> <p><input type="checkbox"/> 入局先の判断により、初期研修のみ市中病院での研修を実施可能</p> <p><input type="checkbox"/> その他 _____</p>