

令和5年度採用 市立函館病院初期臨床研修医 研修申込書

令和 年 月 日

市立函館病院長 様

私は市立函館病院初期臨床研修医に、下記のとおり申し込みます。

フリガナ				性別
氏名				男 ・ 女
生年月日	昭和・平成	年	月	日生 (満 歳)
フリガナ				
現住所 (各種連絡通知先)	〒 -	電話	()	-
		携帯		- -
e-mail				
フリガナ				
連絡先 (帰省先等)	〒 -	電話	()	-
希望する 選考試験日		令和	年	月 日
卒業(予定)大学名			卒業(予定) 年 月	令和 年 月
地域 枠 確 認	①地域枠等による臨床研修期間中の従事要件有無			有 ・ 無
	②「有」の場合、大学の入学枠および従事要件を下記にご記載ください。 記載例) 入学枠：地域枠、特別枠などの名称 従事要件：全国どこでも可、道内臨床研修病院のみ可などの要件 入学枠： 従事要件：			