

令和7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	() -	
試験希望日 ※1 試験日について希望順位を ご記載ください。 ※2 その他の特記事項がござい ましたら、備考欄へご記載 ください。	試験日			希望順位
	令和 6年 7月 5日 (金)			
	令和 6年 7月 19日 (金)			
	令和 6年 8月 9日 (金)			
	令和 6年 8月 23日 (金)			
		備考		
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：			

※3 試験日や当日の集合時間等は、申込締切後にメールにてご連絡いたします。