

愛知県厚生農業協同組合連合会
江南厚生病院長 河野 彰夫 殿

令和 年 月 日

氏 名 _____ 印 _____

初期臨床研修医 申込書

今回、私は貴病院の２０２３年度の研修医として、臨床研修を受けたく、下記の事項を記入し、関係書類を添えて申し込み致します。

ふりがな	
1. 氏 名	(男 ・ 女)
2. 生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (歳)
3. 現住所 〒	—
携帯電話	— — 自宅Tel — —
メールアドレス :	
4. 実家等連絡先 〒	(現住所不在のとき確実に連絡のとれる所・電話番号等) — Tel — —
5. 卒業大学	大 学 令和 年 月 (卒業・卒業見込)
6. 地域枠学生である	はい ・ いいえ
7. 配偶者の有無	有 ・ 無
8. 研修中の宿舎	要 ・ 不要
9. 選 考 日	8/6(土) ・ 8/17(水) いずれか希望日を○で囲んでください。
10. マッチング参加者ユーザ I D	

※ 6. 7. 8. 9は、該当事項を○で囲んでください。

※ 履歴書（写真貼付）を添付して下さい。

※ 申込された選考日に来院してください。選考開始時間の30分前に集合してください。