様式１

臨床研修申込書

令和　　　年　　　月　　　日

仙台市病院事業管理者

　奥田　光崇　様

氏名

　　　　私は仙台市立病院において初期臨床研修を希望しますので，履歴書を添え申し込みいたします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | 性　別 |
| 氏　名 |  | | | 男　・　女 |
| 現住所 | 〒　　　　－ | | | |
|  | | | |
| 電話　　　　　　　　（　　　　　　　　） | | | |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日生　　　（満　　　　　歳） | | | |
| 在（卒）学校名 |  | | | |
| ①～➂のうち、希望する選考日程の欄に○印を付けて下さい  ※日程は変更となる場合があります  ※実施日は指定できませんのでご了承ください(2日の内いずれかを当院で割り振ります) |  | ①  右の日程のうちいずれか | 令和５年　８月　５日（土） | |
| 令和５年　８月　９日（水） | |
|  | ②  右の日程のうちいずれか | 令和５年　８月２０日（日） | |
| 令和５年　８月２４日（木） | |
|  | ③  右の日程のうちいずれか | 令和５年　９月１４日（木） | |
| 令和５年　９月１６日（土） | |

※該当欄は楷書で正確に漏れなく記入してください

※別紙に志望動機及び志望する診療科の詳細を記載（データ入力）してください