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