

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				
希望選考日 ※希望者多数の場合は、他の選考日に変更していただくことがあります。日程は決まり次第ご連絡いたします。	第1希望	第2希望	選考日	締切日
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	令和6年8月3日(土)	7月22日(月) 必着
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	令和6年8月5日(月)	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	令和6年8月8日(木)	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	令和6年8月17日(土)	8月5日(月) 必着
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	令和6年8月19日(月)	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	令和6年8月21日(水)	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	令和6年8月31日(土)	8月19日(月) 必着
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	令和6年9月4日(水)		

※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