

## 後期臨床研修申込書

令和 年 月 日

仙台市病院事業管理者  
亀山 元信 様

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

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

### < 1・2のいずれかを選択 >

#### 1. ローテートコース (希望コースに○)

<input type="checkbox"/>	内科系コース	<input type="checkbox"/>	外科系コース
<input type="checkbox"/>	小児科コース	<input type="checkbox"/>	救急系コース

#### 2. 専攻コース (希望診療科に○)

<input type="checkbox"/>	内科	<input type="checkbox"/>	呼吸器内科	<input type="checkbox"/>	消化器内科	<input type="checkbox"/>	循環器内科
<input type="checkbox"/>	脳神経内科	<input type="checkbox"/>	糖尿病・代謝内科	<input type="checkbox"/>	外科	<input type="checkbox"/>	心臓血管外科
<input type="checkbox"/>	脳神経外科	<input type="checkbox"/>	整形外科	<input type="checkbox"/>	小児科	<input type="checkbox"/>	麻酔科
<input type="checkbox"/>	救急科						

### < 志望動機 >