

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
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日生 (満 歳)			
在 (卒) 学校名				
選考日案内の 受取先希望	選考日に係る案内を 8 月 14 日 (金) までに郵送でお送りする予定です。受取先の希望住所について、下記に☑してください。現住所・帰省先以外の場合はその他にご記載ください。 ☐ 履歴書記載の現住所 ☐ 履歴書記載の帰省先 ☐ その他住所 (〒 -)			
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
	☐	☐	令和 8 年 8 月 18 日 (火)	7 月 31 日 (金) 郵便必着
	☐	☐	令和 8 年 8 月 20 日 (木)	
	☐	☐	令和 8 年 8 月 21 日 (金)	
	☐	☐	令和 8 年 8 月 29 日 (土)	
	☐	☐	令和 8 年 9 月 1 日 (火)	
	☐	☐	令和 8 年 9 月 3 日 (木)	
	☐	☐	令和 8 年 9 月 4 日 (金)	
	☐	☐	令和 8 年 9 月 5 日 (土)	

※該当欄は楷書で正確に漏れなく記入してください