

2020 年度総合南東北病院卒後臨床研修プログラム

採用申請書

西暦 年 月 日

総合南東北病院 病院長 寺西 寧 殿

申請者 氏名 _____ 印

総合南東北病院卒後研修プログラムによる卒後研修を志望しますので、研修医として採用願いたく所定の書類を添えて申請します。

なお、採用された場合は、総合南東北病院ならびに研修協力病院・施設の規則等に従い勤務します。

(ふりがな) 氏 名	(男・女) 西暦 年 月 日 生
現 住 所	〒 _____ 電話 : _____ E-mail : _____
帰 省 先 (※必ずご記入下さい。)	〒 _____ 電話 : _____ E-mail : _____
書 類 郵 送 先	現住所 ・ 帰省先 ※上記の住所が異なる場合、どちらかに○を付けて下さい。
出 身 大 学	大学 西暦 年 月 日 (卒業 ・ 卒業見込)
医 師 免 許 証	西暦 年 月 取得 (見込み)
修学資金貸与の有無	有 ・ 無 ※有の場合は修学資金貸与を受けている県を記入 ()
マッチングユーザーID	
面 接 希 望 日 (※希望日に○を 付けて下さい。)	2019年8月17日(土) () 9月4日(水) () 10月2日(水) ()