

# 臨床研修医応募申込書

申込日 平成 年 月 日

横浜市立みなと赤十字病院  
院長 西岡 清 様

私は、横浜市立みなと赤十字病院の医師臨床研修プログラムに基づく、臨床研修医に応募したく、関係書類を添えて申し込みます。

(ふりがな) 氏名		性別	男・女
生年月日	昭和・平成 年 月 日生		
現住所	〒  電話 ( ) 携帯 ( )		
選考会案内 郵送先	現住所と郵送先が違う場合には、必ずご記入ください。郵送は7月下旬を予定しております。 〒  電話 ( )		
実家所在地	都道府県名をご記入ください  都・道・府・県		
在学または 卒業大学名			
学籍番号			
卒業(予定) 年月日	平成 年 月卒業(予定)		
将来の希望進路	内科系・外科系または具体的な診療科が決まっていれば記入してください。		
日本臨床研修 マッチング協議 会ユーザーID	当院は、選考に関し、日本臨床研修マッチング協議会の制度を利用しております。		
備考	意見・希望があれば記入してください  ※選考日の日程につきましては、参加人数によりご希望に添えない場合もありますので、予めご了承ください		