

別紙様式1

研修申込書

西暦 年 月 日

公立昭和病院長 殿

氏 名 印

私は、下記のとおり、貴院において初期臨床研修を受けたいので申し込みます。

記

1 志望研修期間 西暦 年 月 日から
西暦 年 月 日まで

2 都道府県地域枠の医学生について（該当に○印）

I 非該当 II 該当 [都道
府県]

3 採用選考希望日（第二次選考）

	第1回 2023年7月29日（土）
	第2回 2023年7月30日（日）
	第3回 2023年8月 5日（土）
	第4回 2023年8月 6日（日）

※選考日の希望順に1～4の番号をつけてください。