

研修申込書

西曆 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1回 2023年11月 7日（火）
	第2回 2023年11月12日（日）

※選考日の希望順に1～2の番号をつけてください。