令和５年度

　　　　　　　　　　　　初期臨床研修医申込書

独立行政法人国立病院機構　函館病院

　院長　　岩　代　　望　　様

私は下記のとおり、貴院にて研修を受けたいので申し込みいたします。

　令和　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　印

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 生年月日 | 　　　　　　年　　　　　月　　　　　　日 |
| 現住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　tel |
| 上記以外連絡先 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　tel |
| 卒業（予定）大学名 |  |
| 卒業（予定）年月 | 　　　　　　年　　　　　月 |
| 宿舎の希望 | 　　　　　　有　　　　　無 |
| 有りの時　家族数 |  |
| 配偶者 | 　　　　　　有　　　　　無 |
| 当院での研修希望の理由 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 面接委員記入欄A |  |
| 　　　　　　　B |  |