

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 北海道医療センター

院長 長尾 雅悦 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

※下記全ての項目に漏れなく記載願います。

フリガナ	
氏名	男・女
生年月日	年 月 日
現住所	〒 Tel
上記以外連絡先	〒 Tel
本籍地（都道府県市区町村）	例：東京都新宿区、北海道札幌市中央区、北海道旭川市など
e-mail	@
卒業（予定）大学名	
卒業（予定）年月	年 月
配偶者	有 無
マッチング ID	
受験日※	8月5日(金)
当院で研修を希望する理由	
地域枠、AO枠	地域枠該当しますか はい ・ いいえ AO枠該当しますか はい ・ いいえ 「はい」の場合該当都道府県または大学名（ ） 当院で勤務することについて問題がありますか ない ・ ある

※ 受験日については、申込状況により試験日の調整させていただく場合がございますので、その場合は、別途連絡差し上げます。