

伊勢赤十字病院専攻医申込書

令和 年 月 日

伊勢赤十字病院長 様

願 出 人 氏 (-) 携帯電話 (- -)

現 住 所 _____

氏 名 _____ (印)

生年月日 (西暦) 年 月 日

メールアドレス @ _____

下記により、貴院における専攻医として採用されるようお願いします。

記

1. 志望採用期間 2026 年 4 月 1 日から

2029 年 3 月 31 日まで (麻酔科は 2030 年 3 月 31 日まで)

2. 志望専門研修プログラム (いずれかに○印) (内科の場合は志望コース名も記入)

内 科 () コース

外 科

産婦人科

麻 酔 科

3. 添 付 書 類 1) 自筆履歴書 (写真貼付) 1 通

2) 医師免許証の写し 1 通

3) 次のいずれかを 1 通

・ 推薦状

・ 臨床研修修了見込証明書または臨床研修修了証の写し

以上