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　〒（　　-　　）　携帯電話（　　-　　-　　）

現 住 所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

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　2027 年 4 月　1 日から

2030 年 3 月 31 日まで（麻酔科は 2031 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　※当院研修医は２）ならびに３）は提出不要

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