

愛知県厚生農業協同組合連合会  
江南厚生病院長 河野 彰夫 殿

令和 年 月 日

氏 名 印

### 初期臨床研修 申込書

今回、私は貴病院の2024年度の研修医として、臨床研修を受けたく、下記の事項を記入し、関係書類を添えて申し込み致します。

ふりがな	
1. 氏 名	( 男 ・ 女 )
2. 生年月日	昭和・平成 年 月 日生 ( 歳)
3. 現住所 〒	—
携帯電話	— — 自宅Tel — —
メールアドレス :	
4. 実家等連絡先 ( 現住所不在のとき確実に連絡のとれる所・電話番号等 )	
〒	—
Tel	— —
5. 卒業大学	大 学
令和 年 月 ( 卒業・卒業見込 )	
6. 地域枠学生である	はい ・ いいえ
7. 配偶者の有無	有 ・ 無
8. 研修中の宿舍	要 ・ 不要
9. 選考日	8/5(土) ・ 8/16(水) ・ どちらでも良い (いずれかを○で囲んでください。※どちらの日程を選択されても採用に影響はございません。)
10. マッチング参加者ユーザID	

※ 6. 7. 8. 9は、該当事項を○で囲んでください。

※ 履歴書(写真貼付)を添付して下さい。

※ 申込された選考日に来院してください。