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

受験番号	

※病院記入

令和　　年　　月　　日

氏　名　　印

初期臨床研修 申込書

今回、私は貴病院の令和８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．臨床研修修了後の進路に何らかの制約がある（地域枠・大学独自の採用枠等） はい　・　いいえ
７．選 考 日　　8/2(土)　・　8/20(水)　・　どちらでも良い （いずれかを〇で囲んでください。※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。）
８．マッチング参加者ユーザＩＤ

※　６．７は該当事項を〇で囲んでください。
※　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。