

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

医師臨床研修 申込書

今回、私は貴病院の令和9年度の臨床研修医として、医師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	8/1(土) ・ 8/19(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選考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○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下さい。