

# 伊勢赤十字病院臨床研修医申込書

年 月 日

伊勢赤十字病院長 様

願出人 氏名 ( ) 携帯電話番号 ( )

現住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

生年月日 \_\_\_\_\_

メールアドレス \_\_\_\_\_

地域枠 (該当する・該当しない)

該当する場合の従事条件と都道府県

\_\_\_\_\_ ( 都・道・府・県 )

下記により、貴院における臨床研修医として採用されるようお願いします。

## 記

- 志望採用期間 2024年4月 1日から  
2026年3月31日まで
- 添付書類 1) 自筆履歴書 1通 (写真添付)  
2) 卒業見込証明書 1通
- 9年後の自分について (自筆400字以内) (添付)

※ ( 第1回 (8月 5日実施) ) 試験に応募いたします  
( 第2回 (8月 19日実施) ) (いずれかを○印で囲む)

以上