

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いたします。

記

1. 志望採用期間 2025年4月 1日から  
2027年3月31日まで

2. 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

3. 9年後の自分について (自筆 400字以内) (添付)

4. 試験希望日

- |   |  |
|---|--|
| <p>○当院採用面接試験日程</p> <p><input type="checkbox"/> 第1回 (8月 3日(土) 実施)</p> <p><input type="checkbox"/> 第2回 (8月 19日(月) 実施)</p> <p><input type="checkbox"/> 第1回・第2回のどちらでもよい</p> <p>○MMC 合同採用面接試験日程</p> <p><input type="checkbox"/> 第3回 (8月 24日(土) 実施)</p> | 試験に応募いたします<br>(いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> チェック) |
|---|--|

※応募者の偏り等により、ご希望に沿えない場合もございます。

試験日が希望日程から変更となる場合、本様式へ記載いただいた携帯電話番号へ、7月24日(水)までにご連絡致します。予めご了承ください。

以上