

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 〒 () 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

1. 志望採用期間 2026 年 4 月 1 日から
2028 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

- | | |
|--|--|
| <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; font-size: 4em; line-height: 1;">{</div> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; padding-left: 10px;"><p>○当院採用面接試験日程</p><p>☐ 第 1 回 (8 月 2 日(土) 実施)</p><p>☐ 第 2 回 (8 月 18 日(月) 実施)</p><p>☐ 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>☐ 第 3 回 (8 月 23 日(土) 実施)</p></div> | 試験に応募いたします
(いずれかに ☒ 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 23 日(水)までにご連絡致します。予めご了承ください。

以上