

初期臨床研修申込書

令和 年 月 日

地方独立行政法人新小山市市民病院 病院長 殿

私は、貴院での初期臨床研修を希望しますので、所定の書類を添えて申込みます。

ふりがな		男・女	正面向き 顔写真添付 4 cm × 3 cm
氏名		印	
生年月日	西暦 年 月 日		
年齢	満 歳		
現住所	(〒 -)		
電話番号			
連絡先電話番号			
メールアドレス (PC)	@		
メールアドレス (携帯)	@		
書類送付先住所 ※現住所以外に書類送付をご希望の場合は、ご記入下さい。	(〒 -)		
マッチング参加ユーザーID			
扶養家族(配偶者を除く) 人	配偶者 有・無	配偶者の扶養義務 有・無	
研修プログラム	基本プログラム		
研修開始及び期間	令和9年4月 から 令和11年3月(2年間)		

差し障りがなければ他病院への志願状況を記載してください。

病院	病院	病院
----	----	----

【履歴関係】

年（和暦）	月	学歴・職歴（学歴は中学校卒業から、県名・学校名を明記して下さい）
		中学校 卒業
		高等学校 卒業

年（和暦）	月	資格・免許等

ボランティア活動歴、部活動、受賞歴等	興味のある分野
--------------------	---------

当院の見学歴 (Zoom含む)	有 ・ 無	
	回数： 回	時期： ① 年 月 ② 年 月
	診療科：	

志 望 理 由

将来目標とする医師像

趣味・特技・大学での活動など

当院での初期研修に期待する事

【郵送先・問合せ先】

〒 329-0498 栃木県小山市神鳥谷 2 2 5 1 番地1
地方独立行政法人新小山市民病院 人事課

TEL : 0285-36-0283

FAX : 0285-36-0300

E-mail: rinshokensyu@hospital.oyama.tochigi.jp