

令和7年度専攻医採用選考申込書

年 月 日

石巻赤十字病院長 石橋 悟 様

氏 名 ㊟

私は、貴院において専攻医研修を行いたく、関係書類を添えて申し込み致します。

|            |            |    |
|------------|------------|----|
| ふりがな       |            |    |
| 氏 名        | 男 ・ 女      |    |
| 生年月日       | 年 月 日 ( 歳) |    |
| 現住所        | 〒          |    |
| 電話番号       | 携帯         | 自宅 |
| E-mail(PC) |            |    |
| 初期研修病院名    |            |    |
| 応募プログラム    | 内科 ・ 外科    |    |