

2025年度 臨床研修医採用選考申込書

年 月 日

石巻赤十字病院長 石橋 悟 様

氏 名

私は、貴院において臨床研修を行いたく、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)	
マッチング ユーザーID		
現住所	〒	
電話番号	携帯	自宅
E-mail(PC)		
大学名		
地域枠について	<input type="checkbox"/> 地域枠に該当します※1 (奨学金制度の名称： ) <input type="checkbox"/> 地域枠には該当しません (一般枠※2) ※1 地域枠：地域医療等に従事する明確な意思をもった学生の選抜枠、いわゆる「地域枠」の 入学者である参加者 ※2 一般枠：地域枠以外の者で、卒後の従事要件等が課せられていない者	
面接方法	ご希望の面接方法を○で囲んでください <p style="text-align: center;">対 面          ・          W E B</p>	