**福岡赤十字病院初期臨床研修申込書**

**記入日：令和　　　年　　月　　日**

**福岡赤十字病院**

**院長　中房　祐司　様**

**私は、福岡赤十字病院において、初期臨床研修を希望しますので申し込みいたします。**

|  |  |
| --- | --- |
| **フリガナ****氏　名** |  |
|  |
| **出身大学** | **大学　　　　　　　　学部** |
| **連 絡 先** | **(携帯Tel)**  　 **（自宅Tel）** |
| **実家** | **〒**　　　**－**　　 |
| **E-mail** | **適性検査のご案内をしますので、確実に受信可能なアドレスを記入してください。**＠ |
| **第一面接希望日** | **令和　５　年　７　月　　　日　　（　　　）** |
| **第二面接希望日** | **令和　５　年　７　月　　　日　　（　　　）** |
| **マッチング参加者****ユーザＩＤ** |  |
| **当院を希望した理由について記入してください。** |
| **2年目の選択科目について現在の希望があれば記入してください。** |
| **病院見学に来られた方は、見学月日及び感想を記入してください。** |

**年　　　月　　　日受付　（ＮＯ．　　　　）**