

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	〒 ー		
E-mail	適正検査のご案内をしますので、ご記入のアドレスから kenshuusuisin@fukuoka-med.jrc.or.jp ヘメールを送信してください。 @		
第一面接希望日※	令和 7 年 7 月	日	()
第二面接希望日※	令和 7 年 7 月	日	()
マッチング参加者 ユーザ I D			
応募について 希望順位を記入 (1つだけでも可)	☐ 初期臨床研修プログラム I ☐ 広域連携型初期臨床研修プログラム A (新設) ☐ プログラム I と広域連携型プログラム A どちらでもよい		
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.)

※面接日はご希望に添えないことがありますので、両日来院できるようご予約ください。