

2024 年度新百合ヶ丘総合病院卒後臨床研修プログラム
採用申請書

西暦 2023 年 月 日

新百合ヶ丘総合病院 病院長 笹沼 仁一 殿

申請者 氏名 _____

新百合ヶ丘総合病院卒後研修プログラムによる卒後研修を志望しますので、研修医として採用願いたく所定の書類を添えて申請します。

なお、採用された場合は、新百合ヶ丘総合病院ならびに研修協力病院・施設の規則等に従い勤務します。

（ ふりがな ） 氏 名	_____	（ 男 ・ 女 ） 西暦 年 月 日生
現 住 所	〒 _____	
電 話 番 号	_____	
E - m a i l	_____ @ _____ * 面接約 2 週間前に上記アドレスに面接のご案内をお送りします。届かない場合は 044-322-0461 までお電話ください。	
出 身 大 学	大学 西暦 年 月 日	卒 業 卒業見込
マッチング参加者 ID	_____	
南東北グループ病院 併 願 の 有 無	有 総合南東北病院 総合東京病院 その他 (_____) 無	
地 域 枠 採 用	該当 該当地域・該当医療機関 : _____ 非該当	
医 師 免 許 証	西暦 年 月 取得 (見込み)	
面 接 希 望 日 ※希望日に○印 を付けて下さい	1) 2023 年 8 月 24 日 (木) () 2) 2023 年 9 月 7 日 (木) ()	