2025 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 2024 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	希望する順番に 1 から 3 を入力してください。 2024 年 8 月 20 日（火）　（　　） 2024 年 8 月 29 日（木）　（　　） 2024 年 9 月 12 日（木）　（　　）