

総合南東北病院専門研修プログラム願書
- 2025年度採用 -

令和 年 月 日

一般財団法人 脳神経疾患研究所
附属 総合南東北病院
院長 紺野 慎一 殿

申請者氏名 _____ 印

私は、以下のとおり総合南東北病院専門研修プログラムに応募いたします。
採用された場合は、総合南東北病院及び連携施設の規則等に従い勤務いたします。

(ふりがな) 氏 名	()	性別※	男 ・ 女
生 年 月 日	(昭和・平成)	年	月 日生
現 住 所 等	〒 _____ 自宅電話： 携帯電話： E-mail：		
出身大学及び 卒業年次	大学	学部	
	(昭和・平成・令和)	年	月 日卒業
初期臨床研修の実施 病院名及び修了（見 込）年月日	病院 (研修プログラム名：)		
	令和	年	月 日修了（見込）
希望する領域 ※丸で囲んでください	・内科	・外科	・救急科 ・脳神経外科 ・放射線科 ・整形外科 ・麻酔科
志 望 動 機			

※「性別」欄：記載は任意です。未記載とすることも可能です。

<添付書類>

- ① 履歴書（当院指定様式）
- ② 推薦状（当院指定様式）
- ③ 医師免許証写し
- ④ 初期臨床研修修了（見込み）証明書

※当院で初期臨床研修を行っている者は上記②～④は提出不要