

合同面接会参加申込書

岩手県保健福祉部長 様

令和 年 月 日

ふりがな

氏 名 ㊟

生年月日 昭和・平成 年 月 日

私は、岩手県の下記病院において臨床研修を希望するので、関係書類を添えて申請いたします。

1 受験希望病院

受験を希望する全ての研修病院の受験希望欄に“○”を記載してください。

臨床研修病院名	受験希望	臨床研修病院名	受験希望
岩手医科大学附属病院（盛岡市）		盛岡赤十字病院（盛岡市）	
北上済生会病院（北上市）		盛岡市立病院（盛岡市）	
岩手県立中央病院（盛岡市）		岩手県立大船渡病院（大船渡市）	
岩手県立釜石病院（釜石市）		岩手県立宮古病院（宮古市）	
岩手県立胆沢病院（奥州市）		岩手県立磐井病院（一関市）	
岩手県立久慈病院（久慈市）		岩手県立中部病院（北上市）	
岩手県立二戸病院（二戸市）			

2 提出書類

①本書【様式1】 ②研修医履歴書【様式2】 ③卒業見込証明書

④成績証明書 ⑤共用試験医学系CBT個人成績表

※岩手医科大学出身で、岩手医科大学附属病院のみ受験する場合には、③・④・⑤は不要

3 連絡先（面接時間のお知らせに使用するもの）

E-mail: _____

電 話: _____

※面接時間の連絡等は原則としてメールで行い、確認した旨の返信をお願いしますので、**確実に連絡がつくよう はっきりと丁寧に ご記入ください。**

※ 1(数字の一)と 1(英字のエル)、-(ハイフン)と_(アンダーバー)などは特にご注意ください。

《注意事項》

- 提出する書類は、①～⑤の資料を各1部です。
- 複数の病院を受験する場合は、②(様式2)の「志望理由・将来の展望」のみ、病院毎に1部を提出してください。

【提出先】

〒020-0023 岩手県盛岡市内丸11-1
岩手県医師支援推進室 合同面接会担当 あて
電話：019-629-6352（直通）