令和４年度砂川市立病院初期臨床研修医採用試験　申込書

令和　　年　　月　　日

砂川市立病院　院長　様

私は、砂川市立病院初期臨床研修医採用試験に申し込みいたします。

大学名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【採用試験日】

① 令和４年８月１２日（金）

②その他希望日　令和４年　　月　　日（　）
※①の日程に受験できない場合は希望日をご記載ください。
日程調整のうえご連絡します。

【地域枠の従事要件に関する確認】

近年の地域医療への貢献等を目的とした「地域枠学生」の増加に伴い、当院では初期研修医の採用時に「地域枠従事要件」が課せられているか否かの確認をいたします。

なお、この確認は、厚生労働省より初期研修医の募集及び採用を行う際の留意事項に基づき行っております。

① 「地域枠」の対象ですか？
□　はい　⇒　② へ　□　いいえ　⇒　以上です

② 初期臨床研修２年間における地域枠での従事要件がありますか？
□　はい　□　いいえ

③ 地域枠従事要件の具体的な内容についてご記載ください

パーソナル　ステートメント　Personal Statement　（志望動機書）
自己 PR、抱負、将来展望などについて自由にお書きください。（横書き・文字数自由）

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿