

合同面接会参加申込書

令和 年 月 日

岩手県保健福祉部長 様

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（矢巾町）		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）	

岩手医科大学附属病院の受験を希望する方のみ記載してください。

（希望する臨床研修プログラムに“○”を記載）

一般		小児・産婦人科	
----	--	---------	--

新型コロナウイルスワクチン接種状況について教えてください。

（どちらかに“○”を記載。ワクチン接種の回数も囲ってください。）

※ワクチン接種を受けていないことにより面接会を受験できないということはなく、不利益を被ることはありません。参考までにお伺いします。

ワクチン接種済（1回目・2回目）		ワクチン未接種	
------------------	--	---------	--

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）