**利根中央病院臨床研修医採用選考申込書**

　　　　　年　　月　　日

利根中央病院

院長　関原 正夫　様

　　　　　　　　　　　　　　　住所：

　　　　　　　　　　　　　　　氏名：

私は、２０２２年度より 利根中央病院群における下記の初期臨床研修を行いたく、必要書類を添付し選考申し込みをいたします。

記

１．研修プログラム

**利根中央病院臨床研修プログラムVer.2.1**

２．試験日

　　下記の２日間のいずれかの日程になります。

　　都合のつかない日程がありましたら（×）をご記入ください。

　　但し、希望に添えない場合がありますので、ご了承ください。

**（　　）2021年8月 11日（水）**

**（　　）2021年8月18日（水）**

来院のご都合がつかない場合は、ご相談ください。