**前橋赤十字病院臨床研修医採用選考申込書**

　　　　　年　　月　　日

前橋赤十字病院

院長　中野　 実　様

　　　　　　　　　　　　　　　住所：

　　　　　　　　　　　　　　　氏名：

私は、２０２４年度より 前橋赤十字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

　　　　　**前橋赤十字病院臨床研修プログラム**

２．試験日

　　下記の２日間のいずれかの日程になります。

　　都合のつかない日がありましたら（×）を記入してください。

　　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。

　　**（　　）２０２３年８月１８日（金）**

**（　　）２０２３年８月２５日（金）**