

受験番号
※事務局記入欄

初 期 臨 床 研 修 申 込 書

公益財団法人慈愛会 今村総合病院 研修管理委員長 殿

私は、貴院での初期臨床研修を希望しますので、所定の書類を添えて申し込みます。

西暦 年 月 日 現在

ふりがな			写真貼付欄 (4 cm × 3 cm)
氏 名	印	男 ・ 女	
生 年 月 日	西暦 年 月 日生 (満 才)		
ふりがな	〒		
現 住 所			
E-mail	@	携帯電話番号 — —	
ふりがな	(現住所以外に連絡を希望する場合)		自宅等電話番号 — —
住 所			
扶養家族（配偶者を除く） 人		配偶者 有 ・ 無	配偶者の扶養義務 有 ・ 無
面接希望日 ☒ を記入 ☐ 8月14日（木） ☐ 8月21日（木） ☐ 上記のどちらでも構わない		マッチング ID	地域枠制度等の利用 有 ・ 無
		他院プログラムへの応募 有 ・ 無	錦江湾プログラム 第 希望
他に応募した病院名を記載してください。 ① ② ③			

年（西暦）	月	学 歴 ・ 職 歴 記入欄が足りない場合は、別紙（任意）を作成し添付してください。
		中 学 校 卒 業
		高等学校 卒 業
年（西暦）	月	免 許 ・ 資 格

志望理由

趣味・特技・大学での活動など

将来目標とする医師像

当院での初期研修に期待すること