

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				男 ・ 女	写真貼付欄 (4 cm × 3 cm)
氏 名	印				
生年月日	西暦	年	月	日生 (満	
ふりがな	〒				
現住所					
E-mail	@		携帯電話番号		
ふりがな			自宅等電話番号		
住 所	(現住所以外に連絡を希望する場合)		— —		
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 <input checked="" type="checkbox"/> を記入 <input type="checkbox"/> 8月15日 (木) <input type="checkbox"/> 8月22日 (木) <input type="checkbox"/> 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 <small>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。</small>			
		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