

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			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 ☒ を記入 ☐ 8月10日 (木) ☐ 8月17日 (木) ☐ 8月24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