

公益社団法人地域医療振興協会 横須賀市立総合医療センター
初期臨床研修医選考試験申込書

写真
無帽、上半身
3ヵ月以内に撮影
4 cm x 3 cm
裏面に氏名記入

フリガナ				男・女
氏名				
生年月日(西暦)	年	月	日(満)	歳)
フリガナ				
現住所	〒 -			
電話			E-mail	
フリガナ				
連絡先	〒 - (現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入)			

学 歴 (高等学校以降)					
修業期間 (西暦)		学校・学部・学科名			
年	月				
年	月				
年	月				
年	月				
年	月				
年	月				
年	月				
年	月				
年	月				
職 歴					
在職期間 (西暦)				勤務先名	
年	月	～	年	月	
年	月	～	年	月	
年	月	～	年	月	
年	月	～	年	月	

不足する場合は、別紙に記入・添付のこと

年(西暦)	月	免許・資格

趣味	特技	
学生時代の活動		
将来希望する診療科・診療分野		
他に志望する病院		
医師を志した理由		
当院を志望する理由		
自己PR		
地域枠について（いずれかに○をつけること）	「地域枠」でない	「地域枠」である

記入日 年 月 日