

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	(マッチング ID:)	
生年月日(西暦)	年 月 日 (満 歳)	

フリガナ			
現住所	〒 -		
携帯電話		E-mail	
フリガナ			
受験票送付先住所	<input type="checkbox"/> 同上 〒 -		

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✓を付けること）	<input type="checkbox"/> 神奈川県地域枠でない	<input type="checkbox"/> 神奈川県地域枠である
神奈川県地域枠である場合は右の内容を確認し✓を付けてください。	<input type="checkbox"/> 臨床研修医として横須賀市立総合医療センターの臨床研修プログラムに参加することについて、都道府県等から課せられる従事要件に反しないことを確認しました。	

記入日 年 月 日