

# 【2025年度採用】 加古川中央市民病院 臨床研修医採用試験申込書

面接受験希望日 可能な日に○印を記入	<input type="checkbox"/> 8月23日(金) 午後( ) <input type="checkbox"/> 8月24日(土) 午前( ) 午後( ) <input checked="" type="checkbox"/> 8月27日(火) 午前( ) 午後( ) <input type="checkbox"/> いずれも可( ) <span style="float: right;">【※予備日】</span>				
希望する研修プログラム 【 】に希望順位を記入 ただし希望しないプログラムは記載不要	第【 】希望 加古川中央市民病院臨床研修プログラム 第【 】希望 加古川中央市民病院臨床研修産婦人科医育成プログラム 第【 】希望 加古川中央市民病院臨床研修小児科医育成プログラム				
受付	※	ふりがな 氏名 生年月日	昭和・平成 年 月 日 (西暦 年)	性別 男・女	受験番号 ※
ふりがな 現住所	〒□□□□-□□□□ 電話( ) - ( ) 携帯電話( ) - ( )				写真 ・申込前6カ月以内に撮影したもの ・上半身、正面向 ・縦4.0×横3.0cm
ふりがな 休暇中等の連絡先	〒□□□□-□□□□ 電話( ) - ( )				
ふりがな E-Mail アドレス	_____				
学歴及び勤務歴  (学歴は高校以降を記入のこと)	学校名(勤務先)	学部・学科(職務内容)	在学(職)期間	修学等区分	
			H. R. 年 月 ~ 年 月	卒業	
			H. R. 年 月 ~ 年 月	卒業・卒見・( )	
			H. R. 年 月 ~ 年 月	卒業・卒見・( )	
			H. R. 年 月 ~ 年 月	卒業・卒見・( )	
			H. R. 年 月 ~ 年 月	卒業・卒見・( )	
			H. R. 年 月 ~ 年 月	卒業・卒見・( )	
マッチング登録ユーザーID番号		_____			
将来志望する診療科		_____			
資格免許	名 称	取得年月日	名 称	取得年月日	
		H. R. 年 月 日		H. R. 年 月 日	
		H. R. 年 月 日		H. R. 年 月 日	
健康状態	身長	. cm	体重	. kg	
	既往症	<input type="checkbox"/> ある(病名 ) <input type="checkbox"/> ない			
	総じて	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> やや弱い <input type="checkbox"/> 病弱			

※印は記入しないで下さい。

注) 英数字等、わかりやすく記入のこと

裏面あり

志望動機

自己PR