2024年度臨床研修医選考試験願書及び採用申請書

令和　　年　　月　　日

奈良県西和医療センター院長　殿

私は、2024年度研修医選考試験の受験を申し込みます。

なお、マッチングプログラムにおいてマッチが成立した際には、奈良県西和病院群研修医として採用願いたく申請いたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 写真をはる位置  　1.縦36～40㎜  　　横24～30㎜  　2.本人単身胸から上  　3.裏面のりづけ | |  |
|  | ふりがな | | ※男・女 |  |  | |  |
| 氏　　名 | | 印 |
| 生年月日  　　　昭和  平成　　　年　　　月　　　日生（満　　　　　才） | | |
| ふりがな | | | | | ＴＥＬ（自宅・携帯等） | |
| 現　住　所  〒（　　　―　　　　） | | | | |  | |
|  | |
| ふりがな | | | | | ＴＥＬ | |
| 帰省先等の連絡先  〒（　　　―　　　　） | | | | |  | |
|  | |
| ｅ－ｍａｉｌアドレス |  | | | | | |
| 予定  　　　　　　医師国家試験　第　　　　回（　　　年　　　月）受験  　　　　　　　　 合格 | | | | | | |

（注）学歴・職歴は分けて、職歴については詳細に記入すること。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年 | 月 | 学　　歴　・　職　　歴 |
|  |  | 学　　　　　　歴 |
|  |  | 高等学校　卒業 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年 | 月 | 免　許　・　資　格　・　賞　罰 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| 奈良県西和医療センターを志望した理由・動機 |
|  |
| 特技・趣味・クラブ活動等 |
|  |
| 試験希望日（希望日順にご記入下さい。必ずしも希望に沿えない場合があることをご了承ください。） |
| 第１希望日：　　月　　日　、　第２希望日：　　月　　日　、　第３希望日：　　月　　日  　第４希望日：　　月　　日　、　第５希望日：　　月　　日　、　第６希望日：　　月　　日 |
| 本人の希望記入欄（将来の希望専門科など） |
|  |