

院長	副院長	診療部長	医局長	事務長	課長

※ 写真貼付欄
 1 縦 40mm
 横 30mm
 2 単身胸から上
 3 撮影 6 か月以内
 (データ貼付 又は
 メールにて写真データ提出も可)

令和 年 月 撮影

市立角館総合病院長 様

臨床研修医採用選考申込書

ふりがな		性別	男	生年月日	昭和・平成	年	月	日生
氏名		別	女					(満 歳)
本籍地	〒 - TEL							
現住所	〒 - TEL							
連絡先	〒 - (※ 現住所と同様の場合は記載不要) TEL							
e-mail	(正確に記載)							
最終学歴	年 月 大学卒業(見込)							
医師免許	年 月 医籍登録番号 第 号 【※ 卒業見込者は記入不要】							
マッチング ID	※IDの通知が未到着の場合、無記入でも可							
志望理由 (詳細は履歴書に記載)								
私は、貴院における臨床研修プログラムに応募したく、必要書類を添えて申し込みます。 令和 年 月 日 氏名								

※ 添付書類 履歴書、卒業(見込)証明書、成績証明書、健康診断書

受付番号	No.	受付者
受付年月日	令和 年 月 日	

※ 本書類は、来年度臨床研修医募集及び採用に関し使用するのためのものである。