

# 秋田赤十字病院臨床研修医採用選考申込書

(令和 年 月 日現在)

写 真

秋田赤十字病院長 河合 秀樹 あて

※上半身・無帽  
※3箇月以内の撮影  
※縦4cm×横3cm

申込者氏名

㊦

令和7年度の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。

ふりがな		
名 前	マッチング ID ( ) ※IDの通知が未到着の場合無記入でも構いません。	
生年月日	昭和・平成	年 月 日
ふりがな		
現住所	〒	
	連絡先	
	E-mail	@
学歴	修業期間	学校・学部・学科名
	年 月～ 年 月	高等学校卒業・中退
	年 月～ 年 月	卒業・中退
	年 月～ 年 月	卒業・在学
職歴	職務期間	勤務先名等
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
免許等	取得年月日	免許・検定・資格等の内容
	年 月 日	
	年 月 日	

将来の 希望専攻 科目	第1希望	第2希望	第3希望
	科	科	科

医師を志した動機（又は理想の医師像）

当院での研修を希望する理由（又は研修医として働くことへの抱負）

自己PR・その他

選考日	第1希望日	
	第2希望日	
	第3希望日	