**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  ※上半身・無帽  ※3箇月以内の撮影  ※縦4㎝×横3㎝ |

秋田赤十字病院長 　河合　秀樹 あて

申込者氏名

　令和８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 |  |