**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 |  |