2023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、2023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 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| 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（第2希望日までご記入下さい。希望に沿えない場合もあります。）来場の可否についてもお答えください |
| 第1希望日：　　　　月　　　　日　　　第２希望日：　　　　月　　　　日来場の可否　　　可　　・　　不可　　（不可の場合は、Ｗｅｂ試験となります）来場不可の場合は理由も必ずご記入ください |
|  本人の希望記入欄（将来の希望専門科など） |
|  |