

# 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。

ふりがな	※男・女	写真をはる位置 1. 縦36～40mm 横24～30mm 2. 本人単身胸から上 3. 裏面のりづけ
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		
医師国家試験 第 回 ( 年 月 ) 受験	予定	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）
<div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">                     来場不可の場合は理由も必ずご記入ください                 </div>	
本人の希望記入欄（将来の希望専門科など）	