

※欄は記入しないこと。

※受験番号

令和3年度 赤穂市民病院医師卒後臨床研修プログラム  
研修医 選考試験願書

令和2年 月 日

3 cm × 4 cm  
3ヶ月以内に撮影の  
正面上半身の写真  
  
(裏面に氏名を記入)

赤穂市民病院長 宛

令和3年度赤穂市民病院医師卒後臨床研修プログラム研修医選考試験の受験を申し込みます。

なお、医師臨床研修マッチングにおいてマッチングが成立した際は、令和3年度赤穂市民病院医師卒後臨床研修プログラム研修医として採用願いたく、申請いたします。

おって、採用された場合は、赤穂市民病院ならびに研修協力病院・施設の規則等に従い勤務します。

(ふりがな)	-----		
氏 名			
生年月日 性 別	年 月 日生	男 ・ 女	(いずれかを○で囲んで下さい)
現 住 所 (建物名・部屋 番号まで詳細に 記入のこと)	〒 (      -      ) <input type="checkbox"/> ←この住所に受験票の送付を希望する	TEL      -      - 携帯電話      -      -	
E-mail			
連 絡 先 (帰省先・ 実家等)	〒 (      -      ) <input type="checkbox"/> ←この住所に受験票の送付を希望する	TEL      -      -	
出身大学 学部 卒業年次	大学      医学部	年卒業 (予定)	
マッチング登録 ユーザーID番号			
応募プログラム (希望するプログラムを○で囲んで下さい) ・ Aプログラム (赤穂市民病院で2年間研修を実施) ・ Bプログラム (1年目を赤穂市民病院、2年目を京都大学医学部附属病院で研修を実施) ・ 上記二つのプログラムのどちらでも可能 受験希望日 (希望日を○で囲んでください) ・ 7月22日 (水)      ・ 8月5日 (水)      ・ 8月19日 (水) ・ 別途希望する日:      月      日 ( ) 【事前にご相談ください】			

履 歴 書				(ふりがな) 氏 名	
本籍		性別	男 女	生年月日	年 月 日生
					年 月 日改姓(旧姓)
学歴	学 校 名 ・ 学 部 学 科			修 学 期 間	卒 ・ 修 ・ 中 退 の 別
				昭・平 昭・平・令 ～	第 学 年
				昭・平 昭・平・令 ～	第 学 年
				昭・平 昭・平・令 ～	第 学 年
				昭・平 昭・平・令 ～	第 学 年
試験・資格	年 月 日 医籍登録済				
	医師免許証取得 登録番号第 号				

年	月	日	職 歴
賞罰			なし・あり ( )
上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日			
			氏 名 印

(記載例)

履 歴 書				(ふりがな) あ こう はな こ 氏 名 赤 穂 花 子 ㊟	
本籍	京 都 府	性別	男 <input checked="" type="radio"/> 女	生年月日	平成 7 年 8 月 9 日生
					年 月 日改姓(旧姓 )
学 歴	学 校 名 ・ 学 部 学 科			修 学 期 間	卒 ・ 修 ・ 中 退 の 別
	〇〇県立〇〇高等学校			昭 <input checked="" type="radio"/> 昭 <input checked="" type="radio"/> 令	第 3 学 年 卒 業
	〇〇大学医学部医学科←学部学科名まで略さずに記載して下さい。			昭 <input checked="" type="radio"/> 昭・平 <input checked="" type="radio"/>	
				昭・平 昭・平・令	第 学 年
				昭・平 昭・平・令	第 学 年
			昭・平 昭・平・令	第 学 年	
試 験 ・ 資 格	令和 年 月 日 医籍登録済				
	医師免許証取得 登録番号第 号				

年	月	日	職 歴
			なし
			(記載上の注意)
			1. 黒万年筆、又は黒ボールペンで自筆で明確に記載して下さい。
			2. 本籍、氏名、生年月日は必ず戸籍のとおり記載して下さい。
			3. 学歴は義務教育後の学歴について記載して下さい。卒業(修了)見込の場合も「見込」とは記入せず「卒業(修了)」とのみ記入してください。
			4. 履歴書の医籍登録の日付・医籍登録番号・履歴書作成の日付は医籍登録後に記入していただきますので空白とし、その他は全て記載して下さい。
			5. 職歴のある方については職歴も記載して下さい。
			6. 履歴書の最後には必ず明確に署名、捺印して下さい。
			必ずどちらかに○を付して下さい。
			賞罰 <input checked="" type="radio"/> なし・あり ( )
上記のとおり相違ありません。			令和 年 月 日 ←空白のままをお願いします。
			氏 名 赤 穂 花 子 ㊟

令和3年度赤穂市民病院 研修医選考試験

## 受 験 票

※受験番号：
ふりがな： -----
氏 名：

※欄は記入しないこと。

令和3年度赤穂市民病院 研修医選考試験

## 写 真 票

※受験番号：
ふりがな： -----
氏 名：

3 cm×4 cm  
3ヶ月以内に撮影した  
正面上半身脱帽の写真  
(試験願書の写真と同一  
のもの)  
(裏面に氏名を記入)  
この欄に貼付けすること