

※欄は記入しないこと。

※受験番号

令和7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6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7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7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	
受験希望日 (希望日を○で囲んでください) ・ 8月21日 (水) ・ 8月26日 (月) ・ 別途希望する日: 月 日 () 【事前にご相談ください】 臨床研修期間中の地域医療への従事要件等の有無 (いずれかを○で囲んでください) ・ 有 ・ 無 従事要件等がある場合は具体的な内容について記載してください。 _____	