

※欄は記入しないこと。

※受験番号

令和 8 年度 赤穂市民病院医師卒後臨床研修プログラム  
研修医 2 次募集選考試験願書

令和 7 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 8 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、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<br>性 別                                                                                                            | 年 月 日生                                                                                                                                                | 男 ・ 女 |  |
| 現 住 所<br>(建物名・部屋<br>番号まで詳細に<br>記入のこと)                                                                                  | 〒 (                  )<br><div>TEL                  —                  —<br/>☐←この住所に受験票の送付を希望する      携帯電話                  —                  —</div> |       |  |
| E-mail                                                                                                                 |                                                                                                                                                       |       |  |
| 連 絡 先<br>(帰省先・<br>実家等)                                                                                                 | 〒 (                  )<br><div>TEL                  —                  —<br/>☐←この住所に受験票の送付を希望する</div>                                                 |       |  |
| 出身大学<br>学部<br>卒業年次                                                                                                     | 大学      医学部                                  年卒業 (予定)                                                                                                 |       |  |
| マッチング登録<br>ユーザーID番号                                                                                                    |                                                                                                                                                       |       |  |
| 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)<br>・ 有                  ・ 無<br><br>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。<br><br>_____ |                                                                                                                                                       |       |  |