

# 秋田赤十字病院臨床研修医採用選考申込書

(令和 年 月 日現在)

写 真

秋田赤十字病院長 小棚木 均 あて

※上半身・無帽  
※3 箇月以内の撮影  
※縦 4 cm × 横 3 cm

申込者氏名

㊞

令和 2 年度の貴院における臨床研修プログラムに応募したく、必要書類を添えて申し込みます。

ふりがな		
名 前	マッチング ID ( ) ※ID の通知が未到着の場合無記入でも構いません。	
生年月日	昭和・平成 年 月 日	
ふりがな		
現 住 所	〒	
	連絡先	
	E - mail	@
学 歴	修 業 期 間	学 校 ・ 学 部 ・ 学 科 名
	年 月 ~ 年 月	高等学校卒業・中退
	年 月 ~ 年 月	卒業・中退
	年 月 ~ 年 月	卒業・在学
職 歴	職 務 期 間	勤 務 先 名 等
	年 月 ~ 年 月	
	年 月 ~ 年 月	
免 許 等	取 得 年 月 日	免 許 ・ 検 定 ・ 資 格 等 の 内 容
	年 月 日	
	年 月 日	

将来の 希望専攻 科目	第1希望	第2希望	第3希望
	科	科	科
医師を志した動機（又は理想の医師像）			
当院での研修を希望する理由（又は研修医として働くことへの抱負）			
自己PR・その他			

* 希望される日に <input type="checkbox"/> を入れて下さい。（複数可）			
選考日	<input type="checkbox"/> 7/24	<input type="checkbox"/> 7/31	
（希望）	<input type="checkbox"/> 8/21	<input type="checkbox"/> 8/28	