

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 河合 秀樹 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 8 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 P R ・ その他			

選考日	第 1 希 望 日	
	第 2 希 望 日	
	第 3 希 望 日	