札幌医科大学附属病院臨床研修医願書

２０２３年　　月　　日

私は、札幌医科大学附属病院臨床研修医を志望しますので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付番号  ※記載不要 | 第　　　号 | | | マッチング  ID番号 | |  |  | |  | |  |  |  |  | |  |  |  |
| 第1希望のプログラムを  ◯で囲んでください | | | | 標準　・　周産期　　　プログラム | | | | | | | | | | | | | | |
| 面接希望日 | 8月28日(月) | | 8月29日(火) | | 8月30日(水) | | | | | 8月31日(木) | | | | | 9月1日(金) | | | |
| 希望の高い順に1～5、　不可の日程は×を記載 |  | |  | |  | | | | |  | | | | |  | | | |
| ふりがな |  | | | | | | | 性別 | | | | 男　・　女 | | | | | | |
| 氏　　名 |  | | | | | | | 生年  月日 | | | | 西暦　　　　　　　年  　　　　　月　　　日 | | | | | | |
| 現住所 | 〒  電話番号  E-mail | | | | | | | | | | | | 顔写真  縦4cm×横3cm  氏名裏書  (最近3ヶ月以内撮影) | | | | | |
| 現住所以外の  緊急連絡先 | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | |
| 出身大学 | 大学　　　　　年　　　月 | | | | | | | | | | | | 卒業 ・ 卒業見込 | | | | | |
| 学歴・履歴（高等学校卒業から記入） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年 | 月 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年 | 月 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年 | 月 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年 | 月 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年 | 月 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年 | 月 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年 | 月 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 賞　　罰 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年 | 月 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年 | 月 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年 | 月 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 特記事項（実習等で上記の面接日に受験が困難な場合、その旨を記載してください） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |