札幌医科大学附属病院臨床研修医願書（三次募集用）

西暦　　　　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　・　産婦人科　・　小児科　　　プログラム | | | | | | | | | | | | | | |
| 面接希望日を記載し、希望時間の欄を◯印で示してください | 希望順位 | | | 第１希望 | | | 第２希望 | | | | | | 第３希望 | | | | | |
| 希望日 | | | 月　日 | | | 月　日 | | | | | | 月　日 | | | | | |
| １０時－１２時 | | |  | | |  | | | | | |  | | | | | |
| １３時－１５時 | | |  | | |  | | | | | |  | | | | | |
| １５時－１７時 | | |  | | |  | | | | | |  | | | | | |
| 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 | | | | | |
| 医籍登録番号または  医師国家試験受験地、受験番号 | | | 医籍登録番号 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 受験地 | |  | | | | | 受験番号 | | | | |  | | | |
| 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 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |