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） |
|  |