札幌医科大学附属病院臨床研修医願書

２０２４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29日(木) | 8月30日(金) | 9月2日(月) | 9月3日(火) | 9月4日(水) |
| 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） |
|  |