札幌医科大学附属病院臨床研修医願書（二次募集）

年　　月　　日

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	第　　号	受験日	①　月　日 ②　月　日	マッチング ID番号		
ふりがな 氏　　名			性別	男 女	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)
現住所以外の連絡先	〒 電話番号					
出身大学	大学　　年　　月　卒業・卒業見込					
出願するプログラム名	第 1 希望	プログラム（　　コース）				
	第 2 希望	プログラム（　　コース）				
	第 3 希望	プログラム（　　コース）				
	コースは、マッチング決定後の 11 月頃に希望調査を行って決定します。					

履歴事項（高校卒業から記入）	
．　．	
．　．	
．　．	
．　．	
．　．	
賞　　罰	
．　．	
．　．	
備　　考	

（注）受験日は①または②のいずれかに〇をつけてください。（重複受験不可）

下記項目にて該当する方に〇をつけてください。

わたしは地域枠学生（いわゆる修学資金の貸付を受けているなど初期臨床研修中に指定された地域や病院での従事が必要）【　です　，　ではありません　】。