

【2026 年度採用】 加古川中央市民病院 臨床研修医採用試験申込書

面 接 受 験 希 望 日 可能な日に○印を記入		☐ 8 月 20 日 (水) 午後 () ☐ 8 月 21 日 (木) 午前 () 午後 () ☐ 8 月 23 日 (土) 午前 () 午後 () ☐ いずれも可 ()				
希望する研修プログラム 【 】に希望順位を記入 ただし希望しないプログラムは記載不要		第【 】希望 加古川中央市民病院臨床研修プログラム 第【 】希望 加古川中央市民病院臨床研修産婦人科医育成プログラム 第【 】希望 加古川中央市民病院臨床研修小児科医育成プログラム				
受 付	※	ふりがな			性 別	※
		氏 名			男・女	
		生年月日	昭和・平成 (西暦	年 (年)	月	日
ふ り が な 現 住 所	〒□□□-□□□□	電 話 ()	—		写 真 ・申込前 6 カ月以内に撮影したもの ・上半身、正面向 ・縦 4.0 × 横 3.0cm	
ふ り が な 休暇中等の 連 絡 先	〒□□□-□□□□	電 話 ()	—			
ふ り が な E-Mail アドレス						
学 歴 及 び 勤 務 歴 (学歴は高校 以降を記入 のこと)	学校名(勤務先)	学部・学科(職務内容)	在 学 (職) 期 間		修学等区分	
			H. R.	年 月 ~ 年 月	卒 業	
			H. R.	年 月 ~ 年 月	卒業・卒見・()	
			H. R.	年 月 ~ 年 月	卒業・卒見・()	
			H. R.	年 月 ~ 年 月	卒業・卒見・()	
			H. R.	年 月 ~ 年 月	卒業・卒見・()	
			H. R.	年 月 ~ 年 月	卒業・卒見・()	
マッチング登録ユーザー I D 番号						
将来志望する診療科						
資 格 免 許	名 称	取得年月日	名 称		取得年月日	
		H. R.	年 月 日		H. R.	年 月 日
		H. R.	年 月 日		H. R.	年 月 日
健 康 状 態	身 長	. c m		体 重	. k g	
	既 往 症	□ あ る (病名) □ な い				
	総 じ て	□ 健 康 □ やや弱い □ 病弱				

※印は記入しないで下さい。

注) 英数字等、わかりやすく記入のこと

裏面あり

志 望 動 機

自 己 P R