

令和 年 月 日

## 淡海医療センター臨床研修医選考試験願書

社会医療法人 誠光会

淡海医療センター

病院長 古家 大祐 様

貴病院の臨床研修プログラムに基づく研修を希望します。  
ここに関係書類を添えて申請いたします。

願書提出者

ふりがな 氏名	印
生年月日	昭和 平成 年 月 日生
性別	男 ・ 女
現住所	〒
電話番号	自宅 携帯
メールアドレス	
本籍	
出身大学	
卒業(予定)年月	年 月 卒業 ・ 卒業見込み
試験希望日	8月5日(土) ・ 8月19日(土) ・ 9月2日(土) (希望日に○をつけてください※)
受験番号	※ (記入不要)

※コロナ禍の状況により、WEBに切り替える場合があります。  
その場合は、別途日程を調整しますので、悪しからずご了承ください。

# 履歴書

「滋賀県医師養成奨学金等」を貸与されている  
はい・いいえ（いずれかに○）

ふりがな				印	この欄に貼付すること 3cm×4cm 3ヶ月以内に撮影した正面上半身 脱帽の写真(写真票と同一写真)
氏名					
生年月日	昭和 平成	年	月	日生 (	歳)
本籍		都府	道県	性別	男・女
現住所 〒(      -      )				電話:	
				E-Mail:	
帰省先等緊急連絡先(夏休み等で上記現住所では連絡のとれない場合必ず記入) 〒(      -      )				電話:	
学 歴	年	月	学校名・学部名 (高校卒業時から記入)		
職 歴 ・ 賞 罰	年	月			

マッチングID

志望動機

特技・趣味等

当院に見学・実習に来られた方は診療科・期間をすべて記入

資格・免許	年	月	

# 受験票

## 2024年度採用淡海医療センター研修医選考試験

受験日	月 日
開始時間	午前 午後 時 分～ ※ (記入不要)
受験番号	※ (記入不要)
氏名	

---

# 写真票

## 2024年度採用淡海医療センター研修医選考試験

受験日	月 日
開始時間	午前 午後 時 分～ ※ (記入不要)
受験番号	※ (記入不要)
氏名	

3cm×4cm  
3ヶ月以内に撮影した  
正面上半身脱帽の写真  
(履歴書と同一写真)