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　北野　博也　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3日(土)　・　8月31日(土) (希望日に〇をつけてください※)
受験番号	※ (記入不要)

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 （いずれかに〇）

ふりがな				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		印		
生　年　月　日	昭和 平成　　年　　月　　日生（　　歳）			
本　　籍	都　道 府　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：

	年	月	学　校　名　・　学　部　名 （高校卒業時から記入）
学歴			
職歴・賞罰	年	月	

社会医療法人 誠光会
淡海医療センター

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	

社会医療法人 誠光会
淡海医療センター

受験票

2025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

2025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）