

西暦 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 森谷 季吉 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 年 月 日生 平成
性 別	男 ・ 女
現 住 所	〒
電 話 番 号	自宅 携帯
メールアドレス	
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22日(土) ・ 8月29日(土) ・ どちらでも可 (希望日に○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○）

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	
氏 名				印		
生 年 月 日	昭和 平成	年	月	日生（		歳）
出 身 地		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：						
学 歴	西 暦 年	月	学 校 名 ・ 学 部 名 （高校卒業時から記入）			
職 歴 ・ 賞 罰	西 暦 年	月				

マッチングID

氏名:

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	西暦	年	月	