

令和5年度採用
 青梅市立総合病院 初期臨床研修医採用試験申込書

※ 受付	
---------	--

試験日	A 令和4年8月18日(木) B 令和4年8月19日(金) <u>・受験可能日に○を付けてください。</u>		受験番号	※	写 真 上半身正面脱帽 (5cm×4cm)		
ふりがな			性別				
氏名			男・女				
生年月日	昭和・平成	年	月	日	満 歳		
ふりがな	(〒 -)						
現住所							
連絡先	電話番号	-	-	左記以外の連絡先 携帯電話・その他()			
	E-mail:						
履 歴	学	昭和・平成	年	月から	中学校	卒	
		昭和・平成	年	月まで			
	歴		年	月から		在・中退	
			年	月まで		卒見・卒	
			年	月から		在・中退	
			年	月まで		卒見・卒	
	歴	職		年	月から		
				年	月まで		
歴			年	月から			
			年	月まで			

地域枠学生であるか	はい ・ いいえ
将来専攻を希望する診療科、 興味のある分野	

注 ※印欄は、記入しないでください。

資格・免許	取得年月日	名 称	
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
趣味		特 技	
所属クラブ等			
将来の進路希望			
志望の動機			

扶 養 親 族 数 (配 偶 者 を 除 く)	人	配 偶 者	有 ・ 無	配 偶 者 の 扶 養 義 務	有 ・ 無
------------------------------	---	-------	-------	--------------------	-------

私は、青梅市立総合病院初期臨床研修医採用試験を受験したいので申し込みます。
 なお、私は初期臨床研修医募集要領に掲げてある応募資格を満たしており、この申込書のすべての記載事項は事実と相違ありません。

令和 年 月 日

必ず自署・押印してください。→

氏 名 _____ 印

※ つぎの欄は、記入しないでください。

窓口受付	受理者		郵送 受付	郵便局消印	令和 年 月 日	確認者	
備考							