

# 北播磨総合医療センター

## 平成30年度 臨床研修医採用試験申込書

写真貼付

申込前3ヶ月以内に撮影されたもの

大きさ  
縦4cm×横3cm

平成 年 月 日現在

ふりがな		
氏名		
生 年 月 日		性 別
昭和	年 月 日生 (満 才)	<input type="checkbox"/> 男性
平成		<input type="checkbox"/> 女性
住所 (連絡先)	〒 -	電話 ( ) - 携帯電話
メールアドレス		
帰省先 (住所と異なる場合)	〒 -	電話 ( ) -

年	月	学 歴 (高校卒業から記載すること)

年	月	職 歴

取得年	月	免 許 ・ 資 格

好きな学科		所属クラブ等	
趣味・特技			

配偶者 ※ 有 ・ 無	配偶者扶養義務 ※ 有 ・ 無	扶養家族（配偶者除く）	人
-------------	-----------------	-------------	---

試 験 日	平成30年8月19日（日）午前9時から
-------	---------------------

希望研修科目 ※(現時点で希望する診療科2つ)	1. 内科( ) 2. 外科 3. 心臓血管外科 4. 脳神経外科 5. 整形外科 6. その他( ) <small>*内科は総合内科・老年内科、糖尿病・内分泌内科、血液・腫瘍内科、循環器内科、消化器内科、呼吸器内科、脳神経内科、腎臓内科、リウマチ・膠原病内科から選択</small>
----------------------------	--

将来の進路 ※	1. プライマリケア医（または開業医） 2. 病院勤務医 3. 基礎研究 4. 大学などでの臨床研究 5. 未定またはその他( )
------------	---

研修終了後の希望 ※	1. 出身大学の医局または大学院へ帰室 2. 出身大学以外の大学( 大学 科) 3. 当院での後期研修（専攻医） 4. 未定またはその他( )
------------	--

志望理由 (具体的に)	
----------------	--

自己PR	
------	--

宿舎入居希望	※ 有 ・ 無
--------	---------

**※地域枠確認** 1、2の該当する方へ○を付け、署名、押印をしてください。

1. 私は、地域医療等に従事する明確な意志をもった学生の選抜枠、いわゆる「地域枠」の入学者ではなく、臨床研修期間中に指定された地域や病院での従事要件は課せられていません。

2. 私は、地域医療等に従事する明確な意志をもった学生の選抜枠、いわゆる「地域枠」の入学者ですが、臨床研修期間中に指定された地域や病院での従事要件は課せられていません。

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

**記入にあたっての注意**

1. 当院はマッチングに参加していますので、応募者はマッチング協議会での登録を行ってください。
2. 黒インクで記入し、数字はアラビア数字で、文字はくずさず正確に書いてください。
3. ※印の所は○で囲んでください。
4. 希望研修科目は、マッチング成立後に改めて調査を行います。