

北播磨総合医療センター

令和9年（2027年）採用 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

令和 年 月 日現在

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

年（和暦）	月	学 歴 （高校卒業から記載すること）

※職歴がある場合は別紙にご記入ください。

取得年 （和暦）	月	免 許 ・ 資 格
		自動車運転免許（有 無）

所属クラブ等	
--------	--

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	令和8年8月22日（土）または8月29日（土）（原則選択不可） 上記試験日程のうちご都合が悪い日程がある場合は、その理由を書いてください。 理由： ※日程はご希望に添えない場合もございます。ご了承ください。
-------	--

