

さいたま市民医療センター医師臨床研修申込履歴書

令和 年 月 日

さいたま市民医療センター 院長 殿

さいたま市民医療センターの専攻医として臨床研修を行いたく、関係書類を添えて申込みます。

ふりがな			男・女	正面向き 顔写真添付 4cm×3cm
氏名			印	
生年月日	昭平 年 月 日 満 歳			
出身大学	大学	平成 年 月卒業		
① 現住所	〒 -		出身地	都道府県
② 帰省中の住所	〒 -			携帯電話
郵送希望の住所	どちらかに○印をつけてください。	① 現住所	② 帰省中の住所	
メールアドレス (PC)	@			
研修開始及び期間	令和 2年 4月 から 令和 5年 3月 (3年間)			
当院で研修を受けたい理由 _____ _____ _____ _____ _____				
研修終了後の進路として考えていること _____ _____				
医師を志した動機とめざす医師像、将来のキャリアプラン等 _____ _____ _____ _____ _____				

年	月	学歴・職歴(学歴は高校卒業時から記入)

年	月	免許

得意な学科(専門分野)

趣味

他病院への志願状況	病院	病院	病院
-----------	----	----	----

当院での見学・実習、その時の担当医師名	有 ・ 無
	平成・令和 年 月 (見学科:
	平成・令和 年 月 (見学科:

宿 舎 の 希 望	有 < 単身 : 家族(本人含み 人) > ・ 無
-----------	---------------------------

<<郵送先・問い合わせ先>>

〒331-0054 埼玉県さいたま市西区島根299-1

さいたま市民医療センター 総務課 (担当: 佐藤)

TEL:048-626-0011

E-mail soumu@scmc.or.jp