

# さいたま市民医療センター医師臨床研修申込書

年 月 日

さいたま市民医療センター 病院長 殿

さいたま市民医療センターのジュニアレジデント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 学部	年 月卒業(見込)		
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 ( P C )	@			
研修開始及び期間	2020年 4月 から 2022年 3月 (2年間)			
<p>当院で研修を受けたい理由</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>				
<p>研修終了後の進路として考えていること(例えば専門医基本領域名等)</p> <hr/> <hr/>				
<p>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</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>				

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	
	年 月(見学科: )	
	年 月(見学科: )	

宿 舎 の 希 望	有 < 単身のみ > ・ 無

<面接試験受験日> 下記から都合が良い日程を選択し、希望順位を記入して下さい。

2019年8月19日(月) (第 希望)	2019年8月20日(火) (第 希望)	2019年8月22日(木) (第 希望)
2019年8月23日(金) (第 希望)	2019年8月24日(土) (第 希望)	いずれも都合が悪い場合の希望日時 月 日( ) 時頃

<添付書類> 卒業(見込)証明書、成績証明書

<<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(採用担当)

TEL:048-626-0011

E-mail soumu@scmc.or.jp