

さいたま市民医療センター 専攻医申込履歴書

令和 年 月 日

さいたま市民医療センター院長 殿

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	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 ( P C )	@			
研修開始及び期間	2024年 4月 から 2027年 3月 (3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</p> <hr/> <hr/> <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		
	令和	年	月(見学科:
	令和	年	月(見学科:

宿舎の希望	有 ・ 無

<添付書類> 専攻医申込書(HP掲載書式)、医師免許証(写)  
初期臨床研修修了証または終了見込証明書、健康診断書

<<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(担当:並木)

TEL:048-626-0011 E-mail soumu@scmc.or.jp