

さいたま市民医療センター医師臨床研修申込書

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	令和 年 月卒業(見込)		
地域枠の有無	有・無	地域枠(都道府県名)		
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	2021年 4月 から 2023年 3月 (2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(例えば専門医基本領域名等) _____ _____				
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		
	令和	年	月(見学科:
	令和	年	月(見学科:

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

面接試験日:いずれも場所は市民医療センター内です。15時から17時(予定)

令和3年8月17日(火) (第 希望)	令和3年8月21日(土) (第 希望)	令和 年 月 日() (第 希望)
令和3年8月23日(月) (第 希望)	令和3年8月24日(火) (第 希望)	令和 年 月 日() (第 希望)

いずれも都合が悪い場合の希望
月 日 時頃

<添付書類> 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(担当:並木・佐藤)

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