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 (　PC　)	@		
研修開始及び期間	2023年 4月　から　2025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:場所は市民医療センター内です。試験時間は午後(予定)

令和4年8月18日(木) (第　　希望)	令和4年8月19日(金) (第　　希望)	令和4年8月22日(月) (第　　希望)	令和4年8月23日(火) (第　　希望)
令和4年8月25日(木) (第　　希望)	令和4年8月29日(月) (第　　希望)	令和4年8月30日(火) (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、卒業見込証明書

≪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:佐藤・並木)

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