

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	昭和 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	2026年 4月 から 2028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)

月

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 (単身のみ) ・ 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)

※第9希望まで日程がわかる範囲で記入をお願いします。

日程についてご相談させていただく可能性がございます。

令和7年8月8日(金) (第 希望)	令和7年8月12日(火) (第 希望)	令和7年8月18日(月) (第 希望)	令和7年8月19日(火) (第 希望)
令和7年8月18日(月) (第 希望)	令和7年8月19日(火) (第 希望)	令和7年8月20日(水) (第 希望)	令和7年8月22日(金) (第 希望)
令和7年8月25日(月) (第 希望)	令和7年8月26日(火) (第 希望)	令和7年8月29日(金) (第 希望)	

<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:小畑・倉田)

TEL:048-626-0011

E-mail soumu@scmc.or.jp