

JCHO東京新宿メディカルセンター  
令和4年度 初期臨床研修医 応募用紙

令和 年 月 日現在

写真貼付

申込前3ヶ月以内に撮影されたもの

大きさ  
縦4cm×横3cm

ふりがな	性別
氏名	
昭和・平成 年 月 日生 (満 才)	
ふりがな	
現住所 (〒 - )	電話 ( ) 携帯 ( ) FAX ( )
e-mail アドレス	
ふりがな	電話 ( ) 携帯 ( ) FAX ( )
連絡先 (〒 - )	
(現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入して下さい)	
受験日のお知らせ等 郵送先 ( 現住所 ・ 連絡先 ) どちらかに○を付けて下さい	

年	月	学 歴 (高校卒業から記載すること)

年	月	職 歴

当院見学・実習の月日	月 日 科、 月 日 科、	月 日 科 月 日 科
------------	------------------	----------------

氏名 ( ) 出身大学 ( )

取得年	月	免許・資格

好きな学科		所属クラブ等	
趣味・特技		健康状態	

自己 PR	
-------	--

志望コース 併願の有無	総合コース ・ 外科重点コース (○をつける) 当院他コースとの併願 有・無 (○をつける)
----------------	---

研修後の 進路希望	1. 当院レジデント 2. 大学 3. その他 ( ) 4. 未定
--------------	-----------------------------------

将来の 希望診療科	将来の希望診療科 ( ) ・ 未定
--------------	-------------------

試験日希望	・ 第一希望 日 ・ 第二希望 日
-------	-------------------

扶養家族 (配偶者を除く) 人	配偶者 有 ・ 無	配偶者の扶養義務 有 ・ 無
--------------------	--------------	-------------------

採用者記入欄 (応募者は記入しないでください)

受理日 年 月 日

氏名 ( ) 出身大学 ( )

当院を志望した理由を 200 字以内に記載して下さい.


将来何科を志望するかと、その科を志望する理由を 200 字以内に記載して下さい.


◇地域枠対象学生の確認について◇

大学名 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

下記の該当する ( ) 内に○印を記入してください

- 1) ( ) 地域枠対象学生である ( ) 地域枠対象学生でない
- 2) 1) で該当する場合、当院で研修するにあたり、問題がないことを確認していますか?  
( ) はい ( ) いいえ