ＪＣＨＯ東京新宿メディカルセンター

|  |
| --- |
| 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 |

令和５年度 初期臨床研修医 応募用紙

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな | 性別 |
| 氏名 |  |
| 昭和・平成　　　年　　　月　　　日生（満　　　才） | |
| ふりがな | | 電話　　（　　）  携帯　　（　　）  FAX　　（　　） |
| 現住所　（〒　　‐　　　） | |
| 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 | | |

　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日現在

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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（　　）内に〇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