

No. _____

札幌東徳洲会病院臨床研修志願願書

医療法人徳洲会

札幌東徳洲会病院 院長 太田智之殿

下記のとおり平成30年度の臨床研修医採用試験の申込みに際し、別添添付書類（卒業見込み証明書・健康診断書）を添えて志願いたします。

受験日	希望日に○を してください
平成29年8月5日(土)	
平成29年8月25日(金)	
平成29年9月9日(土)	
平成 年 月 日()	第一希望受験日
平成 年 月 日()	第二希望受験日

上記の日程で受験できない方は希望受験日を記載願います

平成 年 月 日現在

ふりがな			男 ・ 女	写 真 無帽、上半身 3ヶ月以内に 撮影したもの 3×4 cm
氏名		⑩		
生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (満 才)			
ふりがな				
現住所	〒 ー		TEL ー ー	
	E-mail		(帰省先 都道府県)	

学 歴	年 月	学校名	学部・学科	○で囲む
	高卒から	平成 年 月		
平成 年 月				入学 卒業 卒業見込
平成 年 月				入学 卒業 卒業見込
平成 年 月				入学 卒業 卒業見込

大学地域枠の有無	有 ・ 無
----------	-------

職 歴	年 月	勤務先名	職務内容
	年 月		
	年 月		
	年 月		

(職歴には、いわゆるアルバイトは含まない)

賞罰等	
-----	--

(交通違反で免許停止処分・取り消し処分がある方もお書き下さい)

免 許 ・ 検 定 ・ 資 格 等	取得年月日	免 許・検 定・資 格の内容
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	

趣 味	クラブ活動・スポーツ・文化活動等
健康状況、既往歴	自覚している性格

家族氏名	続柄	生年月日	家族氏名	続柄	生年月日

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

