

令和7年度採用

市立青梅総合医療センター 初期臨床研修医採用試験申込書

※ 受付	
---------	--

試験日	A 令和6年8月22日(木) B 令和6年8月23日(金) ・受験可能日に○を付けてください。	受験番号	※	写 真 上半身正面脱帽 (5cm×4cm)		
ふりがな			性別			
氏名			男・女			
生年月日	昭和・平成	年	月			日
ふりがな	(〒 -)					
現住所	(〒 -)					
試験結果通知先	上の現住所と異なる場合に記入してください。試験後、変更が発生した場合には事務局へ御連絡ください。 (〒 -)					
連絡先	電話番号	-	-			
	E-mail:			マッチング ID		
履	学	昭和・平成	年	月から	中学校	卒
		昭和・平成	年	月まで		
	歴	昭和・平成	年	月から		在・中退 卒見・卒
		昭和・平成	年	月まで		
		平成・令和	年	月から		
歴	職	平成・令和	年	月から		
		平成・令和	年	月まで		
歴	歴	平成・令和	年	月から		
		平成・令和	年	月まで		
		平成・令和	年	月まで		

地域卒学生であるか	はい ・ いいえ
将来専攻を希望する診療科、 興味のある分野	

注 ※印欄は、記入しないでください。

資格・免許	取得年月日	名 称	
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
趣味		特 技	
所属クラブ等			
将来の進路希望			
志望の動機			

扶養親族数 (配偶者を除く)	人	配偶者	有・無	配偶者の 扶養義務	有・無
-------------------	---	-----	-----	--------------	-----

私は、市立青梅総合医療センター初期臨床研修医採用試験を受験したいので申し込みます。
 なお、私は初期臨床研修医募集要領に掲げてある応募資格を満たしており、この申込書のすべての記載事項は事実と相違ありません。

令和 年 月 日

必ず自署してください。→

氏名 _____

※ つぎの欄は、記入しないでください。

窓口受付	受理者		郵送 受付	郵便局消印	令和 年 月 日	確認者	
備考							