

藤 沢 市 民 病 院 臨 床 研 修 願 書

令和 年 月 日現在

ふりがな 氏 名	受 験 希 望 日 7月15日(土) ・ 7月18日(火) <small>※希望日に「○」をしてください</small>
-------------	---

写真貼付
縦 3.5cm
横 3.0cm

生年月日	年 月 日生 (満 歳)	男 ・ 女
------	-----------------------------	-------

ふりがな 現 住 所 〒(-)	TEL
	FAX

携帯電話	E-mail
------	--------

ふりがな 連 絡 先 〒(-) (現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入)	TEL
	FAX

あなたが該当するいずれかにチェックしてください。

いわゆる「地域枠」の学生ではありません。

いわゆる「地域枠」の学生ですが、臨床研修医として藤沢市民病院の臨床研修プログラムに参加することについて、都道府県等から課せられる従事要件に反しないことを確認しました。

年	月	学 歴 (中学校卒業より記入) ・ 職 歴

年	月	免 許 ・ 資 格

得意な学科	健康状態
趣 味	スポーツ
志望の動機	