

令和 8 年 月 日 現在

# 臨床研修医採用試験申込書

ふりがな					
氏名					
アルファベット表記					
生年月日	昭和/平成 年 月 日生 (満 歳)				
ふりがな			マッチングユーザーID (アルファベット数字を 明瞭に記入すること)		
現住所	〒 -				
ふりがな			受験票等 送付先		
受検票等 送付先	(上記と異なる場合) 〒 -				
電話番号 (携帯)	-	-	電話番号 (自宅・連絡先)	-	-
E-Mail	@				

写真貼付欄  
① 縦4cm×横3cm  
② 正面・脱帽・単身、  
胸から上  
③ 提出日前3か月

年	月	学 歴 ・ 職 歴 (各別にまとめて書く)
		高等学校 卒業

※学歴・職歴の欄が不足する場合は、「別紙のとおり」と記載し、必要事項はA4用紙1枚にまとめて添付すること。

将来志望 専攻科	未定 ・ 有	当院での専門医研修の希望 (内科・外科・麻酔科)	有 ( 科 ) ・ 無 ・ 未定
	有の場合、志望診療科	↓	科、科、科
静岡県医学修学研修資金貸与の有無	有 ・ 無	地域枠(静岡県)の有無	有 ・ 無
静岡県キャリア形成プログラム適用の有無	有 ・ 無	地域枠(他県)の有無	有 ・ 無

※有・無の項目は、いずれかに○印を付けること。

当院を志望した動機	
趣味	
特技	
資格・免許	
学生時代に頑張ったこと	

試験希望日	第1希望日	令和 8年 8月 日 ( )
	第2希望日	令和 8年 8月 日 ( )
	第3希望日	令和 8年 8月 日 ( )

※試験希望日は必ず複数日ご記入ください。出願書類の到着順に、当院にて指定いたしますので、予めご了承ください。

私は、静岡市立静岡病院において臨床研修をおこないたいので申込みます。  
また、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。

年 月 日

氏名 (自署)