

願書（初期臨床研修）

年 月 日

城北病院院長殿

氏名 _____ 印

貴院での研修を志望しますので、所定の書類を添えて出願致します。

| | | | |
|-------------------------------|-------------------------------------|-------------------|---------|
| 現住所 | 〒 _____ Tel (_____) | | |
| その他連絡先 (実家など) | 〒 _____ Tel (_____) | | |
| ふりがな 氏名 | (マッチング ID _____) | | |
| 生年月日・性別 | 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 | 男 / 女 | |
| 出身大学 | _____ 大学 _____ 年 _____ 月 卒業 / 卒業見込み | | |
| メールアドレス | | 当院での 実習の 有無 | あり / なし |
| 当院で研修を 受けたい理由 (志望動機) | | | |
| 将来の医師像 (どんな医師を 目指しているか) | | | |