

資格	(英語検定など)		
賞罰			
健康状態 (既往歴等)			
趣味・特技			
志望理由			
選択ローテーションの希望	()科	()ヶ月間	
	()科	()ヶ月間	
	()科	()ヶ月間	
	()科	()ヶ月間	
研修(2年) 修了後の希望	希望診療科 ()		
	未定		
医籍登録	年	月	第 号 (取得者のみ記入)
地域枠学生である	いいえ ・ はい (都道府県名)		

京都医療センター臨床研修医採用願書

2024年×月×日

ふりがな	きょうと せんたろう		
氏名	京都 仙太郎		
生年月日	西暦 1996 年 1 月 1 日		
出身地	滋賀	都・道府県	
配偶者の有無	有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>	扶養家族	有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>
現住所	〒612-8555 京都市伏見区深草向畑町1-1		
携帯電話	090 - 〇×△□ - 〇×△□		
E-mail	404-kensyu-jimu@mail.hosp.go.jp 連絡・試験案内に利用します		
緊急連絡先(実家等)	〒 同上 連絡先者名: 京都 太一 続柄: 父 電話番号: (075)641-9161		
学歴 (高校卒業時より)	年	月	事項
	2017	3	□△高校 卒業
	2019	4	△□大学医学部 入学
	2025	3	△□大学医学部 卒業見込み
			以上
職歴	年	月	事項
			ない場合は空白(アルバイトは記入しないこと)

写真
縦36～40mm
横24～30mm
無帽・正面
上半身・無背景

資格	(英語検定など) 漢字検定準1級		
賞罰	該当なし	ある・なしを必ず記入すること	
健康状態 (既往歴等)	良好(既往歴なし) など		
趣味・特技	〇〇〇・〇〇〇		
志望理由			
選択ローテーションの希望	(整形外科・形成外科・耳鼻科) 科 (各1) ヶ月間	() 科 () ヶ月間	() ヶ月間
	() 科 () ヶ月間	7ヶ月分書なくても結構です	
	() 科 () ヶ月間		
研修(2年)終了後の希望	希望診療科 ()	診療科はいくつ書いても結構です、未定の方は空白にし、「未定」に○を付けて下さい	
	未定		
医籍登録	年 月	医師免許取得者のみ記入	号
地域枠学生である	いいえ ・ はい (都道府県名	該当箇所にも○印をつける	

※記入に際しての注意

- ・自筆にて記入下さい
- ・受験票は発行いたしません。すべてメールにて連絡いたしますのでメールアドレスは読みやすい字体で記入してください
- ・医籍登録はすでに登録されている方のみ記入下さい
- ・研修修了後の進路希望診療科が未定の方は、「未定」に○印してください
- ・その他、試験に関する質問・相談は募集要項にある連絡先をお願いします