

## ※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



医籍登録	年 月 第 号 (取得者のみ記入)
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

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

令和3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	昭和 平成	××	年 × 月 × 日
出身地	滋賀	都・道 府	傷
配偶者の有無	有	無	扶養家族 有 無
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 <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">連絡・試験案内に利用します</span>		
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
	平成 □□	3	□△高校 卒業
	平成 □□	4	△□大学医学部 入学
	令和 3年	3	△□大学医学部 卒業見込み
			以上
職 歴	年	月	事項

写真  
縦36～40mm  
横24～30mm  
無帽・正面  
上半身・無背景

医籍登録	年 月 第	医師免許取得者のみ記入	号
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)		
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 ( 7ヶ月分書かなくても結構です ) ヶ月間 ( ) 科 ( ) ヶ月間		
研修(2年)終了後の希望	希望診療科 ( 未定 )	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」に〇を付けて下さい	
地域枠学生である	いいえ ・ はい (都道府県名)	該当箇所に〇印をつける	