

※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

京都医療センター臨床研修医採用願書

令和2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	県
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		連絡・試験案内に利用します
緊急連絡先(実家等)	同上		
	年	月	事項
学歴 (高校卒業時より)	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
	年	月	事項
職歴			

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○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○印をつける	

京都医療センター臨床研修医採用願書

記入日

令和2年 月 日

写真
縦36～40mm
横24～30mm
無帽・正面
上半身・無背景

ふりがな			
氏名			
生年月日	昭和 平成	年	月 日
出身地			都・道 府・県
配偶者の 有無	有・無	扶養家族 (配偶者含む)	有・無
現住所	〒		
携帯電話			
E-mail			
緊急連絡先 (実家等)			
	年	月	事項
学 歴 (高校卒業時より)			
職 歴	年	月	事項

医籍登録	年 月 第 号
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)