

北播磨総合医療センター

2025年（令和7年）採用 臨床研修医採用試験申込書

写真貼付

申込前3ヶ月以内に撮影されたもの

大きさ  
縦4cm×横3cm

令和 年 月 日現在

ふりがな		
氏名		
生 年 月 日		性 別
昭和		<input type="checkbox"/> 男性
平成	年 月 日生(満 才)	<input type="checkbox"/> 女性
住所(連絡先)	〒 -	電話 ( ) - 携帯電話
メールアドレス	マッチングID	
帰省先 (住所と異なる場合)	〒 -	電話 ( ) -

年	月	学 歴 (高校卒業から記載すること)

※職歴がある場合は別紙にご記入ください。

取得年	月	免 許 ・ 資 格

所属クラブ等	
--------	--

配偶者 ※ 有 ・ 無	配偶者扶養義務 ※ 有 ・ 無	扶養家族(配偶者除く) 人
-------------	-----------------	---------------

試 験 日	<p>2024年（令和6年）8月17日（土）または8月24日（土）（原則選択不可） 上記試験日程のうちご都合が悪い日程がある場合は、その理由を書いてください。</p> <p>理由：</p> <p>※日程はご希望に添えない場合もございます。ご了承ください。</p>
-------	---



