令和5年度研修開始　地方独立行政法人桑名市総合医療センター　臨床研修医　願書

提出日　令和 4　年　　月　　日

希望職種				
① **臨床研修医**				

写真貼付
（直近3ヶ月以内
撮影のもの）
4×3㎝

フリガナ		生年月日・年齢・性別
氏　名		昭和 平成　年　月　日生　男・女 満　歳　（令和4年8月6日現在）

現住所　（アパート等に居住の場合は、その名称まで詳しく記入）	
〒　－	携帯　（　）　－ mail：
連絡先　（帰省地など、現住所以外の連絡場所がある場合に記入）	
〒　－	TEL　（　）　－

学　歴　（高校から順にすべて記入）

学校名	学部名	学科名	期間	区分	
			年　月から	卒	年中退
			年　月まで	卒見込	年在学
			年　月から	卒	年中退
			年　月まで	卒見込	年在学
			年　月から	卒	年中退
			年　月まで	卒見込	年在学
			年　月から	卒	年中退
			年　月まで	卒見込	年在学

年	月	職歴

年	月	免許・資格

当院を志望する動機

自分の性格

（長所）

（短所）

部活・サークル・ボランティア活動等	趣味・特技

面接希望日（〇で囲んでください。）　令和4年8月6日（土） 桑名市総合医療センター ・ 令和4年8月20日（土） MMC合同面接会

（注）　この申込書の記載事項に不正があると、採用される資格を失うことがあります。