

令和9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 年 月 日

写真貼付  
(直近3ヶ月以内  
撮影のもの)  
4×3cm

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

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 ( ) - 出身県

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                    |
|-------|-------|-------|----------------------|------------------------|
|       |       |       | 西暦 年 月から<br>西暦 年 月まで | 卒<br>卒見込<br>年中退<br>年在学 |
|       |       |       | 西暦 年 月から<br>西暦 年 月まで | 卒<br>卒見込<br>年中退<br>年在学 |
|       |       |       | 西暦 年 月から<br>西暦 年 月まで | 卒<br>卒見込<br>年中退<br>年在学 |
|       |       |       | 西暦 年 月から<br>西暦 年 月まで | 卒<br>卒見込<br>年中退<br>年在学 |

| 年 月 | 職 歴 |
|-----|-----|
| 西暦  |     |
| 西暦  |     |
| 西暦  |     |
| 西暦  |     |

| 年 月 | 免 許 ・ 資 格 |
|-----|-----------|
| 西暦  |           |
| 西暦  |           |
| 西暦  |           |
| 西暦  |           |

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 (○で囲んでください。) 令和8年8月8日(土) 桑名市総合医療センター ・ 令和8年8月22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。