

# 小樽市立病院初期臨床研修医選考試験申込書【令和6年度採用】

小樽市病院事業管理者 並木 昭義 様

小樽市立病院初期臨床研修医選考試験を受験したいので、関係書類を添えて申し込みます。

令和 年 月 日

ふりがな	
申込者氏名	(自署又は記名押印)
生年月日	昭和・平成 年 月 日生 ( ) 歳
現住所 及び 連絡先	〒  電話： ( ) 携帯： Email：
最終大学名	
卒業見込み 又は卒業年	平成 年 月 日 (卒業見込・卒業) 令和
学生時代の 課外活動等※1	
当院を志望 する理由※1	
将来希望する 進路とその理由 ※1	
地域枠対象学生の 確認	該当する ( ) 内に○印を記入してください。 ( ) 地域枠対象学生である。 ( ) 地域枠対象学生でない。
マッチングユーザID※2	

※1：欄が不足する場合は続紙に記入してください。

※2：ユーザIDは、出身大学から参加登録用ID及びパスワードを受領し、マッチング協議会の専用ページでオンライン手続をすると発行されます。

(申込書の記入欄が不足する場合は本紙に記入してください。)

申込者氏名： \_\_\_\_\_

学生時代の 課外活動等	
当院を志望 する理由	
将来希望する 進路とその理由	