小樽市立病院初期臨床研修医選考試験申込書【令和７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）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 地域枠対象学生該当の有無 | （該当する括弧内に○を記入。）（　　）地域枠対象学生である　・　（　　）地域枠対象学生でない |
| マッチングのユーザＩＤ | （マッチング協議会の専用ページで手続すると発行されます。） |
| 当院での見学・実習の有無 | （該当する括弧内に○を記入。「あり」の場合は期間を記入。）（　　）あり（期間　　　　　　　　　　　　　　　）　・　（　　）なし |
| 注：欄が不足する場合は続紙に記入してください。 |
| 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 |  |

小樽市立病院初期臨床研修医選考試験申込書　　　　　　（続紙）

（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 |  |