

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
(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。)

(続紙)

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	