※事務局記入※

受験番号

令和9年度採用
さいたま赤十字病院臨床研修医選考願書

ふりがな		男・女	写真（無帽・上半身）この欄に添付すること 縦 4cm 横 3cm
氏名	印		
生年月日	西暦　　年　　月　　日生　（満　　才）		
ふりがな			
現住所	〒		

自宅電話	ＴＥＬ　　－　　－	出身地	都・道府・県
携帯電話	ＴＥＬ　　－　　－		
E-mail			区・市町・村

緊急時の連絡先	住所	〒 TEL　　－　　－		
	氏名		本人との関係	

（注）緊急時の連絡先は、現住所に連絡がつかない場合の連絡先を記入のこと。

	修業期間（西暦）	学校・学部・学科名
学歴	年　月 ～ 年　月	中退 卒業見込 卒業
	年　月 ～ 年　月	中退 卒業見込 卒業
	年　月 ～ 年　月	中退 卒業見込 卒業
	年　月 ～ 年　月	中退 卒業見込 卒業

＊ 学歴は高等学校よりご記入ください。

☐ 奨学金制度や地域枠による「勤務地制限」には該当しない。（✔記入）

※奨学金制度を利用している方は制度名をご記入ください。【　　】

	職務期間（西暦）	勤務先名等
職歴	年　月 ～ 年　月	
	年　月 ～ 年　月	

健康状況等			
既往歴・現病歴		喫煙歴	・ 喫煙したことはない ・ 現在は喫煙していない ・ 喫煙する（1日　　本）

賞罰等	

※願書は【A4サイズ・片面印刷】でご用意をお願いいたします※

氏　名

志望動機

将来進みたい診療科	
①	②

自己PR

※願書は【A4サイズ・片面印刷】でご用意をお願いいたします※