令和6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
氏名	印	
生年月日	年　月　日生（満　才）	
ふりがな		
現住所	〒	

写　真
（無帽・上半身）
この欄に添付すること
縦 4cm 横 3cm

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　－　－		
緊急時の連絡先 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。

学歴	修業期間（西暦）	学校・学部・学科名
	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記入下さい。

□ 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記入下さい。【　　】

職歴	職務期間（西暦）	勤務先名等
	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	

氏　名

志望動機

将来進みたい診療科	
①	②

自己PR