令和　　　年　　　月　　　日

高槻赤十字病院

　院長　玉田　尚　様

**令和８年度研修医申込書**

高槻赤十字病院研修医として採用願いたく応募いたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | | | 写　真 |
| 氏名 | | |
| （和暦）　　　　　　　　年　　　　月　　　　日　（満　　　歳）　　　男　・　女 | | |
| ふりがな | | ℡ | |
| 現住所　〒（　　　－　　　　） | |
| FAX | |
| E－mailｱﾄﾞﾚｽ | 携帯電話 | | |
| ふりがな | | ℡ | |
| 連絡先　〒（　　　－　　　　） | |
| FAX | |
| 出身大学名  大学医学部 | 卒業見込年月日  　　　年　　　月　　　日 | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年 | 月 | 学歴・職歴（高校卒業以降） |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| 志望の動機・理由・抱負 |
| 将来希望する進路 |
| 趣味・特技 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年 | 月 | 免許・資格 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 【志望プログラム】 | | |
| 志望プログラムに○を付けてください  （併願する場合は、志望順に①②のように丸数字を記入してください） |  | 高槻赤十字病院臨床研修プログラム |
|  | 高槻赤十字病院広域連携型プログラム |

|  |  |
| --- | --- |
| 希望受験回（希望日程の方へ○をご記載ください。） | 将来の進路希望診療科 |
| 第１回　・　第２回 | 科　・　　　　　　科　・　　　　　　科 |