

川崎市立多摩病院

2026年度初期臨床研修医採用試験願書

受験番号(事務局記入)

写真貼付欄

男性:スーツ・ネクタイ着用
女性:スーツ又は襟・袖あり
の服装

3ヶ月以内に撮影したもの

(縦4cm×横3cm)

*西暦で記入して下さい

西曆 年 月 日現在

| | | | | |
|--------------------------------|--------------------------|---|--|-------------------------------------|
| ふりがな 氏名 | | | | 3ヶ月以内に撮影したもの (縦4cm×横3cm) |
| 生年月日 | 西暦 年 月 日 生(満 歳) | | | |
| 現住所 | 〒 - 電話: () 携帯電話: () | | | |
| 連絡先 (現住所以外の緊急連絡先) | 〒 - 電話: () 携帯電話: () | | | |
| メールアドレス | | | | |
| 最終学歴 | 大学 学部 西暦 年 月 (卒業見込・卒業) | | | |
| マッチングID | | | | |
| 参加者枠 | 1 | 一般枠 | | * 1~4のいずれかに○を付けて下さい。 |
| | 2 | 地域枠() 都・道・府・県 | | * 特定の病院から奨学金を借りている方は4番に病院名を記載して下さい。 |
| | 3 | 地域枠() 市・町・村 | | |
| | 4 | 地域枠() 病院貸与 | | |
| 希望する試験日と会場 * いづれかに○を付けて下さい。 | | 1 2025年7月12日(土) 川崎市立多摩病院 会場 2 2025年9月7日(日) 聖マリアンナ医科大学 会場 | | |

志望動機