

2025年度実施 箕面市立病院臨床研修医 選 考 試 験 申 込 書

※受験番号

年 月 日現在

希望受験日（どちらかに ☐ 印をつける）		希望プログラム（ ☐ 印をつける。併願は両方に ☐ 印を。）	
☐ 2025年8月3日（日）		☐ 市立病院 臨床研修プログラム	
☐ 2025年8月10日（日）		☐ 市立病院 臨床研修広域連携型プログラム	
ふりがな		性 別	
氏 名			
写 真 (縦4.5cm×横3.5cm) 写真は申込前6か月以内に撮影した脱帽・上半身正面向きのもので本人と確認できるもの。	生年月日	年 月 日 (満 歳)	
	現 住 所	〒 — 電 話 () — 携帯電話 () —	
	連 絡 先 (現住所と同じ場合は記入不要)	〒 — 電 話 () —	
	電子メールアドレス		
	マッチング協議会 ユーザーID		
※手続中など、未取得の場合は未記入			
学 歴	学 校 名	学部・学科（専攻）名	在 学 期 間
			年 月 入学 年 月 卒業・卒業見込・中退
			年 月 入学 年 月 卒業・卒業見込・中退
			年 月 入学 年 月 卒業・卒業見込・中退
			年 月 入学 年 月 卒業・卒業見込・中退
職 歴	勤 務 先		期 間
			年 月～ 年 月 年 月～ 年 月
見 学	当院を病院見学したことがあれば、見学した診療科と見学日を記載ください。 ・診療科： (年 月 日) ・診療科： (年 月 日)		
抱 負	(臨床研修を行うに当たっての抱負を記載ください)		

「※」欄は、記入しないでください。