

# 令和7年度採用 名寄市立総合病院 臨床研修申込書

令和6年 月 日						写真貼付 3.0×4.0 cm
名寄市病院事業管理者 和 泉 裕 一 様						
フリガナ			生 年 月 日		性別	
氏 名	印	昭和 平成	年 月 日 生	歳		
現住所	〒 -				本 籍	都道 府 県
	電話番号 ( ) -					市町村
	Mail Address					
連絡先	あなたに連絡できる家族等の氏名及び続柄等を記入してください。					
	氏名		電話番号 ( ) -		続柄	
	住所					
学 歴	学 校 名	学 科	専 攻	期 間	備 考	
	高等学校			平・令 年 月～ 平・令 年 月	□卒業 □中退	
				平・令 年 月～ 平・令 年 月	□卒業見込 □卒業 □中退	
				平・令 年 月～ 平・令 年 月	□卒業見込 □卒業 □中退	
				平・令 年 月～ 平・令 年 月	□卒業見込 □卒業 □中退	
健康状態	(既往症)					
家 族 氏 名	続 柄	生 年 月 日	勤 務 先	同・別居	扶養義務	
		. .		同・別	有・無	
		. .		同・別	有・無	
		. .		同・別	有・無	
		. .		同・別	有・無	
試験日希望	( 月 日) ( 月 日) ( 月 日) 希望			希望日を記載してください		
地域枠制度の有無	<input type="checkbox"/> 北海道地域枠 <input type="checkbox"/> 大学地域枠 <input type="checkbox"/> なし(一般) <small>※いづれかに☑してください</small>			<input type="checkbox"/> 入局済 ( 講座) <input type="checkbox"/> 未入局		
志望診療科	<input type="checkbox"/> 内科系 <input type="checkbox"/> 外科系 <input type="checkbox"/> 将来の専攻予定 (                      科) <input type="checkbox"/> 未 定					

≪提出先≫ 〒096-8511 北海道名寄市西7条南8丁目1番地  
 名寄市立総合病院 臨床研修センター ☎01654-3-3101 (内線 2229)

## 名寄市立総合病院臨床研修申込書の記載方法について

- ①氏名欄、生年月日欄、性別欄、現住所欄に必要事項を記載願います。
- ②横 3 cm × 縦 4 cm 程度の顔写真を必ず貼り付け願います。
- ③電話番号欄、メールアドレス欄は必ず連絡がとれる番号、アドレスを記載願います。
- ④家族等の連絡先欄に必要事項を記載願います。
- ⑤学歴欄に必要事項を記載願います。
- ⑥現在の健康状態、既往症について必要事項を記載願います。
- ⑦家族状況欄について、必要事項を記載願います。
- ⑧試験予定日を複数設けていますので、希望日を記載願います。
- ⑨大学に入学した際に「地域枠制度」入学をされている場合、どの制度を利用されているか記載願います。なお「北海道地域枠」とは、北海道の医師養成修学資金制度を活用している医学生を対象としています。
- ⑩将来の志望診療科を参考までに記載願います。

面接等のスケジュール等は、柔軟な対応を行いますので、やむを得ず病院見学等に参加できなかった場合でも、当該研修希望者が不利益を被ることはありません。

病院見学や研修医採用試験日の日程でご相談がある場合は、担当までお気軽にご連絡をお願いします。

名寄市立総合病院 臨床研修センター 担当：神田 01654-3-3101（内線 2229）  
メールアドレス：kanda-takahiro@city.nayoro.lg.jp