

※ 受験番号

令和5年度 国立病院機構熊本医療センター
臨床研修医選考試験願書

令和 年 月 日

国立病院機構熊本医療センター院長 殿

願 出 者	現住所	(〒 -) (Tel - -) (携帯 - -)	
	E-mail:		
	ふりがな		性別
	氏名		男・女
	生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)	
	最終学歴	大学 平成・令和 年 月卒業(見込)	

希望される研修プログラムに、希望順位をつけて下さい。

希望プログラム	プログラム名
	総合臨床研修プログラム
	プライマリケア臨床研修プログラム

令和5年度国立病院機構熊本医療センター臨床研修医選考試験
を受験いたしたく、関係書類を添付の上申し込みます。

〈希望選考日〉希望する選考日を○で囲んで下さい

第1回 8月4日(木)

第2回 8月18日(木)

※欄は記入しないこと。

(記載例)

※ 受験番号

令和5年度 国立病院機構熊本医療センター
臨床研修医選考試験願書

令和 年 月 日

国立病院機構熊本医療センター院長 殿

願 出 者	現住所	(〒860-0008) (TEL 096-〇〇〇-〇〇〇〇) (携帯 - -) 熊本市中央区二の丸 1-5	
	E-mail:	xxxx@△△△△.jp	
	ふりがな	くまもと たろう	性別
	氏名	熊本太郎	男・女
	生年月日	昭和 平成 9 年 6 月 1 日 (24歳)	
	最終学歴	〇〇 大学 平成 令和 4 年 3 月卒業(見込)	

希望される研修プログラムに、希望順位をつけて下さい。

希望プログラム	プログラム名
1	総合臨床研修プログラム
2	プライマリケア臨床研修プログラム

令和5年度国立病院機構熊本医療センター臨床研修医選考試験
を受験いたしたく、関係書類を添付の上申し込みます。

〈希望選考日〉希望する選考日を○で囲んで下さい

第1回 8月4日(木)

第2回 8月18日(木)

※欄は記入しないこと。

※ 受験番号

履 歴 書

ふりがな	くまもと たろう			写 真
氏 名	熊 本 太 郎			
生年月日	昭和・ <input checked="" type="radio"/> 平成 9年 6月 1日(24歳)			
本籍地	熊本県	性 別	<input checked="" type="radio"/> 男・女	
ふりがな	くまもとけんくまもとしちゅうおうくにのまる			写真については、 3ヶ月以内に撮影 したものを使用。 ○年 ○月撮影
現住所	〒 860-0008 熊本県熊本市中央区二の丸1-5			
TEL	(090) #### - ####	E-mail	○○○○@△△.jp	
ふりがな	熊本県○○○○			TEL (096) ### - ####
その他の連絡先	〒 860-#### 熊本県○○○○			
地域枠	非該当・ <input checked="" type="radio"/> 該当 (熊本 <small>都道府県</small> / 従事要件等 <input checked="" type="radio"/> 適・不適)			
趣味・特技		健康	良好 (喫煙有・ <input checked="" type="radio"/> 無)
【一言アピール】				
.....				

(略 歴)

年	月	学 校・学 部・学 科・資 格
平成26	4	○○県立○○高等学校 入学
平成29	3	○○県立○○高等学校 卒業
平成29	4	△△大学医学部医学科 入学
令和5	3	同 卒業見込
		(職 歴)
		なし