

聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院
2025 年度初期臨床研修医 採用試験願書

受験番号(事務局記入)

* 西暦で記入して下さい

西暦 年 月 日現在

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)

ふりがな 氏 名			
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。 *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。
	2	地域枠()都・道・府・県	
	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 *いずれかに○を付けて下さい。	1	2024年7月27日(土) 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 会場	
	2	2024年8月10日(土) 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 会場	
	3	2024年9月8日(日) 聖マリアンナ医科大学病院 会場	