

埼玉医科大学国際医療センター
2025 年度 臨床研修医 採用申込書

西暦 年 月 日

病院長 殿

私は、貴院の臨床研修医として採用していただきたく申しいたします。

フリガナ		生年月日	(西暦)	年	月	日
氏 名		年 齢	歳			
		性 別	男 ・ 女			
現 住 所 (書類等送付先)	〒					
電 話	()	F A X	()			
携 帯 電 話	()					
E-mail アドレス						
そ の 他 連 絡 先 (帰省先等)	〒 電話 ()					
現在の所属	大学		学部	学科	2025 年 3 月卒業見込 年 月卒業	
地域枠奨学金	有 () 都道府県 ・ 無					

面 接 日	2024 年 11 月 2 日 (土)
-------	---------------------

※面接時間は後日連絡します。

希望プログラム名 (※)	埼玉医科大学 3 病院自由選択プログラム
	埼玉医科大学国際医療センター特設外科系プログラム

※希望するプログラムに○印をつけてください。

複数のプログラムを希望する場合には、希望順位をご記入ください。

興味のある診療科名	
-----------	--

本申込書は、履歴書とともに「書留」にてご郵送ください。

【送付先】 〒350-1298 埼玉県日高市山根 1397-1
埼玉医科大学国際医療センター臨床研修センター