

# 採用試験受験申込書・履歴書

横浜市立大学附属病院・横浜市立大学附属市民総合医療センターが実施する2024年度採用臨床研修医採用試験の受験を申し込みます。

記載年月日 2023年 月 日

受験番号 ※病院で記入		写真をお貼り下さい 1 タテ3.5×ヨコ3cm 2 本人単身・胸から上・脱帽 3 裏面ノリづけ (裏面に氏名を明記)
ふりがな 氏名		
生年月日	昭和 平成 年 月 日 ( 歳)	
住所	ふりがな	
	〒	
電話番号	(平日昼間連絡がとれる番号)	
E-mail adress	(携帯メールアドレス不可)	
在籍・出身大学	大学 ( 平成 令和 年 卒業・卒業見込)	
マッチングID		
医師免許	平成 令和 年 取得・取得見込	
あなたが該当するいずれかにチェックしてください。 <input type="checkbox"/> いわゆる「地域枠」の学生ではありません。 <input type="checkbox"/> いわゆる「地域枠」の学生ですが、初期研修医として横浜市立大学附属2病院のいずれかに勤務することに関して、都道府県との契約には違反していません。		
希望プログラムに関する事項 (希望順位を1~4まで記入して下さい。希望しない場合は空欄のままで結構です) ( ) 附属病院基本プログラム ( ) 附属病院産科・小児科プログラム ( ) 附属市民総合医療センター基本プログラム ( ) 附属市民総合医療センター産科・小児科プログラム		
年 (和暦) 月	学歴・職歴 (高校卒業から記入)	

欄が足りない場合は別紙をご用意ください。

横浜市立大学附属病院または横浜市立大学附属市民総合医療センターを志望した理由

将来希望する診療科や興味がある分野とその理由を具体的に書いてください  
(まだ決まっていない場合はその理由)

自分をアピールしてください。※ 自分の長所、短所、特技、学生時代にやったこと等、なんでも可

下記の項目をご確認の上、自署による署名をお願いいたします。

- ・面接の映像を録画させていただきます。録画した映像は、本採用試験の選考のみに用い、その目的以外に使用することはありません。選考終了後、適切に破棄いたします。
- ・採用申込者における面接の録画・録音を禁止します。
- ・応募書類は原則として返却いたしません。

私は、上記の内容を理解し、同意します。

本人署名 \_\_\_\_\_