

令和 年 月 日

(あて先)
八尾市立病院長

3 cm × 4 cm
3ヶ月以内に撮影
した正面上半身脱
帽の写真
(写真の裏に
氏名記入のこと)

臨床研修願

八尾市立病院臨床研修医として採用願いたく、所定の書類を添えて申し込みます。

(ふりがな) 氏名 生年月日	昭和・平成 年 月 日生 男・女
現住所 <input type="checkbox"/> 書類送付先に☑	〒 - TEL - - (自宅) - - (携帯)
連絡先 (帰省先・実家等) <input type="checkbox"/> 書類送付先に☑	〒 - TEL - -
マッチング ユーザーID	

地域枠対象の有無 (※)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
--------------	---

※指定された地域での従事要件等が課せられている場合は「有」にチェックを入れてください。

年号	年	月	学歴 (高等学校卒業以降) ・ 職歴

受付日 (. .) 受付番号 ()

八尾市立病院を志望した動機について

趣味・特技・部活動等について

医師を目指した動機について

将来希望する進路・診療科

自由記載欄（何かアピールしたいことがあれば、記載してください。）

面接日程について

面接日程を希望順に記入してください。（面接時間は個別に連絡します。）

① 月 日（ ）

② 月 日（ ）

③ 月 日（ ）

④ 月 日（ ）

※ 他の必要書類…卒業（見込）証明書、成績証明書、健康診断書（大学発行のもので可）