

臨床研修医申込書

写 真

(写真は申込前6ヶ月以内に撮影した脱帽・上半身正面向きのもので本人と確認できるもの。)

*番号				
ふりがな			性 別	男 ・ 女
氏 名				
生 年 月 日	年 月 日生 (満 歳)			
現 住 所	〒 (-)			
	電 話 : () —			
	携帯電話 : () —			
連 絡 先 (現住所と同じ場合は記入不要)	〒 (-)			
	電 話 : () —			
メールアドレス	<small>※明確に記入してください</small>			
マッチング協議会ユーザーID	<small>※手続中など、まだ未取得の場合は未記入</small>			
学 歴	学 校 名	学部・学科(専攻)名	在 学 期 間	
			年 月卒業・卒業見込・中退	
			年 月卒業・卒業見込・中退	
			年 月卒業・卒業見込・中退	
			年 月卒業・卒業見込・中退	
職 歴	勤 務 先		期 間	
			年 月～ 年 月	
			年 月～ 年 月	
			年 月～ 年 月	
抱 負				
(臨床研修を行うに当たっての抱負を記載ください)				

*欄は、記入しないでください。

平成24年度箕面市立病院（臨床研修医）
選考試験受験票

写 真 申込書と同一の写真 を貼付して下さい。	※受験番号		※受付印
	ふりがな		
	氏 名		
	試験日時	平成23年8月7日（日） 集合時間： 時 分	

◎受験注意事項

- 1 当日は必ず指定の時刻までに、市立病院リハビリテーションセンター4階 講義室1に集合してください。遅刻者は受験できません。
- 2 受験の際は、本票がないと受験できませんので、忘れずに携行してください。
- 3 筆記用具（鉛筆HB又はB、消しゴム等）を必ず持参してください。
- 4 試験会場では、試験係員の指示に従って行動してください。
その指示に従わない人又は不正行為のあった人は、退場していただきます。
- 5 試験終了時間が午後になる人は、昼食を各自で用意してください。