

令和 8 年度福井赤十字病院群卒後臨床研修医

採用選考試験願書・採用申請書

令和 年 月 日

福井赤十字病院長 殿

令和 8 年度福井赤十字病院群卒後臨床研修医採用選考試験へ出願します。
 なお、今年度マッチングが成立した際には令和 8 年度福井赤十字病院群
 卒後臨床研修医として採用願いたく申請します。

写真添付

大きさ3cm×4cm

3か月以内に撮影した正面

上半身脱帽の写真

ふりがな				男・女
氏 名		Ⓔ		
生年月日		昭和・平成 年 月 日生		歳
出身地		都・道・府・県		
現住所		〒		
電話番号		自宅TEL — — 携帯TEL — —		
E-mail アドレス				
連絡先	住所	〒 TEL		
	氏名		続柄	

選択したいプログラム (マッチングを希望する プログラム内での希望順位)		Aプログラム	
		Bプログラム	2年次：京都大学医学部附属病院
		Cプログラム	1年次：京都大学医学部附属病院
希望受験日	<二次募集試験日について> まずは、募集状況など、メールもしくはお電話にてお尋ねください。		

都道府県・大学等 からの奨学金の有無	有 無 (詳細：)
地域枠での入学	該当する 該当しない

【その他必要書類】

①成績証明書

②自己推薦書（A 4 用紙に志望理由、自己PR等）

西暦で高等学校卒業から最終学歴まで順に記載。欄が足りない場合は別紙に記載してください。

学歴	修 学 期 間	学 校 ・ 学 部 ・ 学 科 名
	年 月 ～ 年 月	卒業 中退
	年 月 ～ 年 月	卒業 中退
	年 月 ～ 年 月	卒業 中退
	年 月 ～ 年 月	卒業 中退

職歴	職 務 期 間	勤 務 先 名 等
	年 月 ～ 年 月	
	年 月 ～ 年 月	
	年 月 ～ 年 月	

免許・資格等	取 得 年 月 日	免 許 ・ 検 定 ・ 資 格 の 内 容
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	

得意学科・科目、特殊技能
趣 味・クラブ活動・スポーツ・文化活動等
自覚している性格
健康状態 既往症があれば記載してください
志望診療科