

年 月 日

姫路聖マリア病院  
病院長 殿

## 研修医選考試験願書

姫路聖マリア病院 研修医選考試験に所定の書類をそえて申し込みます。

ふりがな		性別
氏 名	Ⓜ	男 ・ 女
生年月日	(西暦) 年 月 日 (満 歳)	
所属大学または卒業大学名	大学	
卒業または卒業見込年月	(西暦) 年 月	
学籍番号		
マッチング ID		
従事要件の有無 (3年目以降を含む)	有 ・ 無	※「有」の方は詳細を記載
従事要件の詳細		
現住所	〒 ー 自宅・携帯 ( ) ー	
帰省先 ※現住所と同じ場合は 同上とご記入ください	〒 ー 自宅・携帯 ( ) ー	
メールアドレス <small>添付ファイルを受け取れるもの</small>		
受験希望日	第1希望： 月 日 ( ) 第2希望： 月 日 ( ) 第3希望： 月 日 ( )	

※出願書類は採用試験の目的以外には使用いたしません。試験後は当院で責任を持って処分いたします