

年 月 日

姫路聖マリア病院
病院長 殿

臨床研修医選考試験願書

姫路聖マリア病院 臨床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 日生 (満 歳)	
出身大学	大学 (西暦 年 月卒業見込み ・ 既卒)	
学籍番号		
マッチング ID		
従事要件等	都道府県や大学の従事要件が課されて いない ・ いる	
現住所	〒 - TEL () - 携帯 () -	
帰省先 ※現住所と同じ場合は 同上とご記入ください	〒 - TEL () -	
メールアドレス 添付ファイルを受け取れるもの		
面接試験 希望日	第1希望： 月 日 () 第2希望： 月 日 () 第3希望： 月 日 ()	

当院では、応募者の方々から研修医採用活動に必要な範囲内で、氏名、住所、電話番号等の個人に関する情報をご提供いただきますが、臨床研修活動に関わる事項以外の目的には利用いたしません。