受験番号(事務局記入)

聖マリアンナ医科大学病院

2027 年度採用臨床研修医　採用試験願書(2 次募集)

写真貼付欄 男性:スーツ・ネクタイ着用 女性:スーツ又は襟・袖ありの服装 3ヶ月以内に撮影したもの (縦 4cm×横 3cm)

＊西暦で記入して下さい　　西暦　　年　　月　　日現在

ふりがな 氏　　名	
生 年 月 日	西暦　　年　　月　　日 生（満　　歳）
現　住　所	〒　　－ 電話:　　(　　)　　携帯電話:　　(　　)
連　絡　先 (現住所以外の緊急連絡先)	〒　　－ 電話:　　(　　)　　携帯電話:　　(　　)
メールアドレス	
最 終 学 歴	大学　　学部 西暦　　年　　月 (卒業見込 ・ 卒業)

参加者枠	1	一般枠	＊1～4 のいずれかに○を付けて下さい。 ＊特定の病院から奨学金を借りている方は 4 番に病院名を記載して下さい。
	2	地域枠(　　) 都 ・ 道 ・ 府 ・ 県	
	3	地域枠(　　) 市 ・ 町 ・ 村	
	4	地域枠(　　)病院貸与	

面接方法・ 注意事項	＜面接方法について＞ ・所在地が関東近郊(東京都、神奈川県、埼玉県、千葉県)の方 → 会場にて面接 ・所在地が上記以外の方→ WEB にて面接 ・ 会場にて面接 (いずれか希望する方法に○を付けて下さい) ＊所在地は、大学在学中の方は大学(医学部キャンパス)の所在地、既卒の方は現住所で判断します。 ＊聖マリアンナ医科大学病院の募集となります。横浜市西部病院、川崎市立多摩病院の募集については、各病院にお問い合わせください。