

聖マリアンナ医科大学病院
2024 年度初期臨床研修医 4 次採用試験願書

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
(3cm×4cm)

* 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 <small>(現住所以外の緊急連絡先)</small>	〒 — 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	
募集プログラム	聖マリアンナ医科大学病院臨床研修 基本プログラム		
受験に関する注意事項	<p>* 聖マリアンナ医科大学病院の4次募集採用試験となります。横浜市西部病院、川崎市立多摩病院の募集の有無については、各病院にご確認ください。</p> <p>* 面接方法について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 <p style="text-align: center;">(いずれか希望する方法に○を付けて下さい)</p> <p>※所在地は、大学在学中の方は大学の所在地、既卒の方は現住所で判断します。</p>		