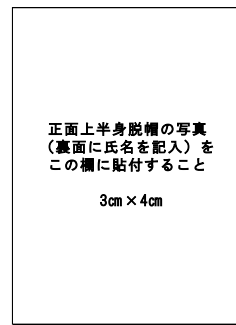


令和7年度（2025年度）採用
 国立病院機構千葉医療センター研修医選抜試験願書

令和 年 月 日現在

ふりがな		性別
氏名		
生年月日	昭和・平成 年 月 日生（満 歳）	



現住所	〒 -	電話： ()
E-mailアドレス		携帯： - -
緊急時 連絡先	〒 -	電話： () 携帯： - -
地域枠入学の確認(必ずどちらかに○をつけてください) ※特別貸与奨学金制度(医師奨学金)の利用の有無		有 ・ 無

年(西暦)	月	学歴(高等学校卒業から記載)

年(西暦)	月	職歴

面接希望日	第1希望 年 月 日()	第2希望 年 月 日()
-------	---------------	---------------

次ページもご記入ください。

氏名

以下をご記入ください。

「当院の志望動機」について枠内にご記入ください。

「臨床研修後の将来構想」について枠内にご記入ください。

受験票送付先住所

※願書に記載の現住所以外の住所への送付をご希望の場合は以下にご記入ください。

〒 -

住所

※アパート・マンション名も必ず記載してください。