

年 月 日

(あて先) 地方独立行政法人
市立東大阪医療センター理事長



臨床研修願

(令和7年度医科臨床研修医用)

最近3ヶ月以内に
撮影した写真を
貼ってください。

市立東大阪医療センターの臨床研修医として応募したく、履歴書、成績証明書を添えて申し込みます。

願 出 者	(ふりがな)		性別
	氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	生年月日(西暦)	年 月 日生	
	現住所	〒 -	
	電話番号	TEL - -	携帯 - -
	連絡先(帰省先・実家等) (注)受験票の送付先を こちらに希望する場合 のみ記入してください。	〒 -	
	メールアドレス		@
	出身大学及び 卒業(予定)年次	大学医学部	年 <input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業予定
受験日(どちらかを選択)	<input type="checkbox"/> 7月 29日(月) <input type="checkbox"/> 8月 9日(金)		
※1・2年目選択科(8ヶ月研修) での希望診療科名及び月数 (3つまで)	(カ月)	(カ月) (カ月)	

履 歴 書

市立東大阪医療センター

年	月	学歴（高校から記入）

年	月	免許・資格等

当センター志望動機

自己PR

将来選択したい診療科（2つまで）

趣味・特技