



藤沢湘南台病院臨床研修プログラム  
選考申込書兼履歴書

記入日 年 月 日 現在

第一希望試験日	年 月 日	第二希望試験日	年 月 日	正面向き 顔写真添付  4 cm × 3 cm
ふりがな 氏 名			性別 印	
生年月日	年 月 日生 (満 歳)			
大 学 名	<input type="checkbox"/> 6 年生 <input type="checkbox"/> 既卒 (平成 年卒業)			
ふりがな 現住所 〒				
<input type="checkbox"/> パソコン <input type="checkbox"/> 携帯電話				
ふりがな 帰省先 〒				
当院で研修を受けたい理由				
将来の医師像 (どんな医師になることをめざしているのか)				
医療に関する分野以外で関心のあることはどんなことか				
研修終了後の進路希望について				





# 藤沢湘南台病院臨床研修プログラム 選考申込書兼履歴書

年	月	学歴（中学校卒業より記入）・職歴（項目別にまとめて記入）

年	月	免許・資格

得意な学科（専門分野）	健康状態	趣味
扶養家族数（配偶者を除く）	配偶者	配偶者の扶養義務
人	有・無	有・無

● 宿舎を利用希望の方は、ご記入をお願いします。（ 月 日 ～ 月 日 ）



- ① 記入はすべて楷書で記入。      ② ※は記入しないこと。
- ③ メールアドレスは、パソコン・携帯電話をお持ちの方は必ず記入して下さい。  
（当院からのご案内・ご連絡等はメールにて行います。）
- ④ 成績証明書、卒業（見込み）証明書、健康診断書を添えて申し込み下さい。

宛先    〒252-0802 神奈川県藤沢市高倉 2345  
藤沢湘南台病院 総務課 臨床研修医担当者

