

令和 7年 月 日現在

静岡赤十字病院初期臨床研修申込書

写真 無帽、上半身 3ヶ月以内撮影 3.5×4.5cm
--

静岡赤十字病院
院長 小川 潤 様

申込者氏名

㊞

私は、静岡赤十字病院の初期臨床研修プログラム(令和8年度)に応募したいので必要書類を添えて申し込みます。

申込者	ふりがな		
	氏名	男	女
	生年月日	平成・昭和	年 月 日 (満 才)
	ふりがな	〒	
	住所	TEL	
	E-mail		
	実家の所在地	都道府県	市区町村
*書類送付先住所	〒		
		TEL	
学歴	修業期間	学校・学部・学科名(高校から・留学籍等も入れる)	
	年 月 ~ 年 月		
	年 月 ~ 年 月		
	年 月 ~ 年 月		
	年 月 ~ 年 月		
職歴	職務期間	勤務先名等	
	年 月 ~ 年 月		
	年 月 ~ 年 月		
	年 月 ~ 年 月		

*夏休み期間中に入るため、住所地を移動する場合は、書類送付先にもご記入下さい。受験票を送付する際に、必要となります。

*交通費を支給いたしますので、現在お住まいの最寄り駅をご記入下さい。(駅)

志望理由			
志望順位	(当院以外を受験する方は受験病院名と志望順位を記入してください。当院も含めます。)		
	1位	病院	
	2位	病院	
	3位	病院	
	4位	病院	
	5位	病院	
免許検定等	取得年月日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
(得意学科)	(得意な外国語) 英検 級 TOEFL・TOEIC 点 (その他得意な外国語)		
(特技)			
(趣味)			
(所属クラブ・同好会)	キャプテン歴	有・無	
(ボランティア歴の内容)	ボランティア歴	有・無	
(健康状況)			
(既往歴)			
(性格) 温厚・明るい・おとなしい・やや暗い・やや神経質・やや短気 外向的・内向的・(その他)			
(喫煙歴)	有(一日	本)	・ 無
(将来希望する診療科)			
(配偶者)	有・無		
(静岡県医学修学研修資金)	利用有・利用無		

◎受験希望日 () 第1回 8/4(月) () 第2回 8/8(金)
(希望日に○を付けること) () 第3回 8/22(金) () 第4回 9/2(火)

(No.) 令和 7年 月 日受付