

令和6年 月 日

東京都立墨東病院 院長 足立 健介 殿

**令和7年度墨東病院臨床研修医  
選考申込書兼履歴書（医科）**

ふりがな 氏名						写真貼付 申込前3か月以内に 撮影された無帽で正面 上半身・無背景のもの とする。 大きさタテ 4.0cm ヨコ 3.0cm	
生年月日	昭和・平成 年 月 日(歳)						
現住所 電 話	〒 一 自宅TEL 携帯TEL						
	E-mail						
ご家族 連絡先	あなたに連絡できる家族又は知人等の住所・氏名を記入して下さい。						
	住所 〒 一 TEL			氏 名			続 柄
学歴 職歴 (高等学校か ら最終学歴 まで古い順 に記入)	学校名	学部学科名	期間		就学年数	資格	
	高等学校		平成 年 月 から			卒 年中退	
			平成 年 月 まで			卒見込 ( 年在学中 )	
			平成 年 月 から			卒 年中退	
			令和 年 月 まで			卒見込 ( 年在学中 )	
			平成 年 月 から			卒 年中退	
			令和 年 月 まで			卒見込 ( 年在学中 )	
			平成 年 月 から			卒 年中退	
			令和 年 月 まで			卒見込 ( 年在学中 )	
			平成 年 月 から			卒 年中退	
令和 年 月 まで			卒見込 ( 年在学中 )				
健康状態	(既往症)						
趣味							
家族氏名		続柄	年齢	家族氏名		続柄	年齢

自分の目指す 医師像			
墨東病院の 志望理由			
墨東病院での 臨床研修に 期待すること			
自己 PR			
専門として 進みたい 診療科	科（救急の場合は、内科系・外科系を明記ください。）		
宿舎希望 (単身住宅のみ)	有	・	無
地域枠等都道府県・大学等からの 奨学金の有無	有	・	無
その他の 特記事項	<u>地域枠等医師奨学金が「有」の場合、当該地域の勤務条件も記載すること。※1</u>		

記載要領 全ての欄にできるだけ詳細に楷書で正確に記入してください。

添付書類 1：成績証明書

2：卒業見込み証明書（もしくは卒業証明書）

3：健康診断証明書（原則3ヶ月以内のもの、内容の指定なし、学内の健康診断結果可、  
学内の健康診断が3ヶ月以内でなければ、1年未満の最新版であれば可）

※1 地域枠等医師奨学金が「有」の場合は、地域枠等都道府県や所属大学等の卒業後勤務条件詳細が記載されている規約等を提出していただきます。また、虚偽の報告をした場合は採用を取り消す場合があります。

※2 選考申込書兼履歴書及びご自身で用意される書類がある場合は、A4サイズに統一してください。