

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

受付印

## 臨床研修願

(令和9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。	TEL - -	
	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 28日 (火) <input type="checkbox"/> 7月 31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