

賞罰の有無	有 ・ 無		
	年 (西暦)	月	内 容
医学部入学	一般枠 ・ 地域枠		
奨学金の有無	有 ・ 無 有の場合・・・種類 () 受給期間 (年)		
説明会参加の有無	有 ・ 無		
	年 (西暦)	月	場 所
実習・見学の有無	日程 (yy/mm/dd) ・ 診療科		
希望選考日	希望面接日 (第 1、第 2 希望) に○をご記入ください。(面接会場は原則当院としますが、県外の方等で新型コロナウイルス感染症の影響により来院が難しい場合は、同日、WEB 面接の相談に応じます。)何か他に希望がありましたらご記入ください。調整のうえ、ご連絡いたします。		
	第 1 希望日		第 2 希望日
	7/21	8/17 8/24 9/1	7/21 8/17 8/24 9/1
	その他希望 (日、時間・・・)		

- 添付書類 (1) 卒業 (見込) 証明書
(2) 成績証明書
(3) 共用試験医学系 C B T 個人別成績表の写し
(4) 小論文 (指定様式)

※送付いただいた応募願書および添付書類については返却いたしませんのでご了承ください。

2024 年度 近森病院初期臨床研修医採用試験に応募致したく、関係書類を添付の上
申し込みます。

大学名

名前

志望動機

近森病院でしたいこと