

東京都済生会中央病院
2026 年度 臨床研修医 応募用紙

2025 年 月 日現在

写 真 貼 付

申込前 3 ヶ月以内に撮
影されたもの
カラー写真
大きさ
縦 4cm×横 3cm

ふりがな 氏名	性別※ 男 ・ 女
生年月日(西暦) 年 月 日生 (満 才)	本籍地
ふりがな 現住所 (〒 -)	電話 () 携帯 () E-mail
ふりがな 連絡先 (〒 -)	電話 () FAX ()

年(西暦)	月	学 歴 (小学校・中学校・高校は卒業のみ、それ以後は入学・卒業を記載)

年(西暦)	月	職 歴 (アルバイト・ボランティアは含まず)

記入注意 1. 氏名の表記は戸籍謄本等の記載どおりに記入 (旧字・異字体・俗字・略字等は、そのとおりに記入)
2. 黒又は青インクで記入 2. 数字はアラビア数字で、文字はくずさず正確に書く 3. ※印の所は○でかこむ

取得年(西暦)	月	免許・資格(運転免許、英検、TOEFL など)

学歴・職歴以外の 社会活動 (ボランティアなど)	
--------------------------------	--

賞罰		CBT スコア・順位	IRT 標準スコア 点 % (位/ 人中)
趣味・特技		所属クラブ等	

当院以外の 併願予定先	1. 4. 2. 5. 3. 6.
----------------	-------------------------

将来の進路 ※	1. プライマリケア医(または開業医) 2. 病院勤務医 3. 基礎研究 4. 未定またはその他 ()
------------	---

初期研修終了後の希望 ※	1. 出身大学の医局または大学院へ帰室 2. 出身大学以外の大学 (大学 科) 3. 当院での後期研修(専修医) 4. 未定またはその他 ()
--------------	--

当院の志望理由 (具体的に)	
-------------------	--

自己 PR (他の応募者との 相違を簡潔・明瞭 に記載)	
---------------------------------------	--

二次募集について	☐ 欠員が出た場合、二次試験を希望(アンマッチ時)
----------	--

扶養家族(配偶者除く) 人	配偶者 ※ 有・無	配偶者扶養義務 ※ 有・無
---------------	-----------	---------------

受理日 2025 年 月 日