



公益財団法人 大原記念倉敷中央医療機構

倉敷中央病院

2026 年度臨床研修医（ジュニアレジデント）申込書

西暦 年 月 日

公益財団法人 大原記念倉敷中央医療機構 倉敷中央病院

病院長 寺井 章人 様

2026 年度臨床研修医に応募いたします。

ふりがな		※ 男 女	写 真 を は る 位 置 1. 縦 36 ～ 40 mm 横 24 ～ 30 mm 2. 本人単身胸から上 3. 裏面のりづけ
氏 名			
西暦 年 月 日			
(満 才)			
ふりがな		TEL (自宅・携帯等)	
現 住 所 〒 (-)			
ふりがな		TEL	
帰省先等の連絡先 〒 (-)		()	
e-mail アドレス			
最終大学名		卒業見込年月	西暦 年 月
応 募 研修コース	①第一希望のコースに○を付ける		②小児科コースまたは産婦人科コースまたは広域連携コースに○ をつけた方 総合コースとの併願を希望する場合は○をつける
	総合コース		
	小児科コース		
	産婦人科コース		
	広域連携コース	総合コースとの併願を希望する	
年	月	学 歴 ・ 職 歴	

記入注意 学歴は高校卒業時より記入する

医 師 に な る た め に 心 が け て 来 た こ と		
倉 敷 中 央 病 院 を 希 望 し た 理 由 ・ 研 修 場 所 と し て 期 待 す る こ と		
将 来 希 望 す る 診 療 科 ・ 診 療 領 域		
特技・趣味等	配偶者 ※ 有 ・ 無	
	配偶者の扶養義務 ※ 有 ・ 無	
	扶養家族数（配偶者を除く） 人	
本人希望記入欄		
年	月	資 格 ・ 免 許