



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 2025 年 7 月 〇 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	くらしき たろう		
氏 名	倉敷 太郎	男 女	
西暦	1923 年 6 月 1 日		
	(満 25 才)		
ふりがな	おかやまけんくらしきし〇〇ちょう〇〇ばん〇〇ごう 〇〇マンション〇〇ごうしつ	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	
現 住 所	〒 (710 - 0000) 岡山県倉敷市〇〇町〇〇番〇号 〇〇マンション〇〇号室	090-1234-5678	
ふりがな	おかやまけんおかやまし〇〇ちょう〇〇ばん〇〇ごう	TEL	
帰省先等の連絡先	〒 (701 - 0000) 岡山県岡山市〇〇町〇〇番〇〇号	(086)	
		422 - 0210	
e-mail アドレス	〇〇〇@kchnet.com		
最終大学名	〇〇大学	卒業見込年月	西暦 20〇〇 年 3 月
応 募 研修コース	①希望するコースに○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 ・ 経 験	
〇〇〇〇	〇	〇〇高等学校 卒業	
〇〇〇〇	〇	〇〇大学医学部医学科 入学	
〇〇〇〇	〇	〇〇大学医学部医学科 卒業見込み	

戸籍上の正しい表記で記載してください。

※「高」→「高」など漢字を省略・変更しないでください。

日中繋がりやすい番号を記載してください。

マンション・アパート名は省略せず記載してください。

①希望するコースに○をつけてください。
②小児科・産婦人科・広域連携コース希望で、総合コース併願を希望される方は、「総合コース併願希望」にも○をつけてください。

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