



公益財団法人 大原記念倉敷中央医療機構

倉敷中央病院

2027 年度臨床研修医（ジュニアレジデント）申込書

西暦 2026 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

2027 年度臨床研修医に応募いたします。

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。

ふりがな	くらしき たろう		
氏名	倉敷 太郎		男 女
生年月日	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 (携帯等)		
現住所	〒 (710 - 0000)	090-1234-5678	
	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		
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		
通省先等の連絡先	〒 (701 - 0000)	TEL (086)	
	岡山県岡山市〇〇町〇〇番〇〇号		
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○をつける		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	
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	

日中繋がりが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