

個人票

志望の動機	
自己 PR	
研修後の進路希望	
健康状態 ・ 持病— ・ 既往歴—	
大学での活動	
趣味・スポーツ・特技等	
緊急連絡先	
氏 名 (本人との続柄)	
住 所〒 (—)	
TEL :	
奨学金の有無	無 ・ 有 ※有を選択した場合は、奨学金の名称を必ず記載してください。
<input type="checkbox"/> 地域枠学生に該当します。 <input type="checkbox"/> 地域枠学生に該当しません。 ※該当する方に✓を入れてください。 この確認は、厚生労働省より研修医の募集及び採用を行う際は地域医療への従事要件に配慮することと定められていることによるものです。	

試験希望日	:	年	月	日
	:	どちらでもよい		

【徳島赤十字病院研修管理委員会】