

別紙様式第2-2

身 上 書

氏 名		(西暦)		年	月	日	現在
在籍大学 (出身)	大学	西暦	年	月	日	卒業見込 卒業	※いずれかに ○印を記入
「地域枠」の奨学金需給状況 () なし () あり (都道府県:)							
特殊技能又は得意学科名 (その資格名)							
志望理由: (必ず記入すること)							
趣味・特技など自己をアピールすることを書いてください							
※他大学の方へ 当院を見学したことがありますか (○印を記入)						有	・ 無
見学した診療科等:		科		時期: 西暦		年	月 頃
感 想:							
ご郵送先 (試験日等の通知先)	〒					電話番号	
						携帯電話番号	

試験日希望 (○印を記入): ①7月31日 ②8月7日 ③どちらでも可

(①または②を希望した理由:)

※7月3日までに提出いただければ希望日を考慮する場合があります

受 験 票

2020 年度
杏林大学医学部付属病院
研修医採用試験

※受験番号	
氏 名	

写真を貼付

縦 5cm × 横 4.5cm

※受験番号は記入しないで下さい

写 真 票

2020 年度
杏林大学医学部付属病院
研修医採用試験

※受験番号	
氏 名	

写真を貼付

縦 5cm × 横 4.5cm

※受験番号は記入しないで下さい

※注意事項

- ・ この用紙を印刷する場合は普通紙の A 4 サイズを使用
- ・ 写真は 2 枚ともに貼付
- ・ この用紙は切り取らずに A 4 サイズのまま提出してください