

# 個人票

|                           |   |  |         |   |  |
|---------------------------|---|--|---------|---|--|
| 志望の動機                     |   |  |         |   |  |
| 健康状態<br>・持病—<br><br>・既往歴— |   |  | 大学での部活動 |   |  |
| スポーツ                      |   |  | 趣味      |   |  |
| 免許・資格                     |   |  |         |   |  |
| 年                         | 月 |  | 年       | 月 |  |
| 年                         | 月 |  | 年       | 月 |  |
| 年                         | 月 |  | 年       | 月 |  |
| 緊急連絡先                     |   |  |         |   |  |
| 氏名 (本人との続柄)               |   |  |         |   |  |
| 住所〒 ( — )                 |   |  |         |   |  |
| TEL :                     |   |  |         |   |  |
| 奨学金の有無                    |   | 無 ・ 有<br>※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。 |         |   |  |
| 奨学金の名称                    |   |  |         |   |  |

|       |   |         |   |   |
|-------|---|---------|---|---|
| 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】