

自治医科大学附属病院医師臨床研修申込書 募集

平成 年 月 日

自治医科大学附属病院長 殿

貴大学附属病院のジュニアレジデントとして臨床研修を行いたく、関係書類を添えて申込みます。

ふりがな		男・女	正面向き 顔写真添付 4 cm × 3 cm
氏名		印	
生年月日	年 月 日		
年齢	満 歳		
現住所	(〒 -)		
電話番号			
連絡先電話番号			
メールアドレス (PC)	@		
メールアドレス (携帯)	@		
書類送付先住所 ※現住所以外に書類送付をご希望の場合は、ご記入下さい。	(〒 -)		
出身大学	大学 学部	平成 年 月 卒業 (見込み)	
希望研修プログラム	※ 希望のプログラムへ○をつけてください		
☆基本プログラム	☆小児科プログラム	☆産婦人科プログラム	
研修開始及び期間	平成28年4月 から 平成30年3月 (2年間)		

【履歴関係】

年	月	学歴・職歴（学歴は高校卒業から記入）

年	月	免許

得意な学科（専門分野）	趣味
-------------	----

当院の見学・実習 セミナー参加経験	・有 ・無	
	回数： 回	時期： ① 年 月 ② 年 月
	診療科：	

その他、当院とのかかわり

他病院への志願状況		
病院	病院	病院

宿舎の希望	・有【 単身 家族 (本人含み 人) 】 ・無
-------	---

当院で研修を受けたい理由（200字程度）

研修終了後の進路希望

《採用試験日希望調査》

試験を実施しますので、都合の良い日程を第3希望まで記入してください。（試験は午後になります。）

第1希望	第2希望	第3希望
平成27年 月 日（ ）	平成27年 月 日（ ）	平成27年 月 日（ ）

【応募締切】 平成27年11月30日（月）

【添付書類】 卒業（見込）証明書

【郵送先・問合せ先】

〒 329-0498 栃木県下野市薬師寺3311-1
自治医科大学附属病院 卒後臨床研修センター

TEL : 0285-58-7252
FAX : 0285-44-1155

E-mail rinshoukenshu@jichi.ac.jp