

自治医科大学附属病院医師臨床研修申込書

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	※ 希望のプログラムに☑をつけてください		
	基本プログラム (☐内科志望 ☐外科志望 ☐麻酔集中管理志望) ☐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30年4月 から 平成32年3月 (2年間)		

【履歴関係】

年（和暦）	月	学歴・職歴（学歴は中学校卒業から、県名・学校名を明記して下さい）

年（和暦）	月	資格・免許等

ボランティア活動歴、部活動、受賞歴等	興味のある分野

当院の見学歴	・有	・無
	回数： 回	時期： ① 年 月 ② 年 月
	診療科：	

当院主催の セミナー参加歴	・有	・無
	回数： 回	時期： ① 年 月 ② 年 月
	診療科：	

その他、アピールポイント

他病院への志願状況

病院

病院

病院

当院で研修を受けたい理由

研修終了後の進路希望

【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