

# 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29年4月 から 平成31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
	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
	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

【応募締切】 平成28年7月25日（月）

【添付書類】 卒業（見込）証明書

【面接試験受験日希望調査】

受験が可能な日付に、希望順位をご記入下さい。（試験は午後からの開始となります）

平成28年8月3日（水） （第 希望）	平成28年8月4日（木） （第 希望）	平成28年8月5日（金） （第 希望）
平成28年8月10日（水） （第 希望）	平成28年8月23日（火） （第 希望）	平成28年8月24日（水） （第 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