

自治医科大学附属病院医師臨床研修申込書

令和 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	(〒 -)		
連絡先電話番号			
メールアドレス	@		
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	令和 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 <input type="checkbox"/> をつけてください		
	<input type="checkbox"/> 基本プログラム <input type="checkbox"/> 小児科プログラム <input type="checkbox"/> 産婦人科プログラム		
研修開始及び期間	令和6年4月 から 令和8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 （Zoom含む）	・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

--

令和 年 月 日

マッチングID記入・地域枠確認用紙

受験者名	出身大学

マッチングID

「地域枠（指定された勤務地の縛りのある奨学金受給者含む）等の対象医学生」として、自治体（奨学金貸与者）等との間で卒業後の勤務地を限定する約束を結んでいるかどうか教えてください。

地域枠・奨学金
有（ 県）・無

←該当者はどちらかに○を付けてください

応募種類を郵送いただきましたら、その旨を下記アドレスまでご連絡ください。

【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