

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 checked="" 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8年4月 から 令和10年3月(2年間)		

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】 令和7年7月11日（金）必着
【添付書類】 卒業（見込）証明書
成績証明書（厳封）
マッチングID・地域枠確認用紙

【面接試験受験日希望調査】

下記の日程で採用試験を実施します。

どうしても都合の悪い日程がある場合はチェック（✓）を入れてください。

【対面】		
7月22日（火・午後） <input type="checkbox"/> （都合が悪い場合のみ✓）	7月23日（水・午後） <input type="checkbox"/> （都合が悪い場合のみ✓）	7月29日（火・午後） <input type="checkbox"/> （都合が悪い場合のみ✓）
7月30日（水・午前） <input type="checkbox"/> （都合が悪い場合のみ✓）	7月30日（水・午後） <input type="checkbox"/> （都合が悪い場合のみ✓）	8月1日（金・午後） <input type="checkbox"/> （都合が悪い場合のみ✓）
8月4日（月・午前） <input type="checkbox"/> （都合が悪い場合のみ✓）	8月4日（月・午後） <input type="checkbox"/> （都合が悪い場合のみ✓）	8月5日（火・午前） <input type="checkbox"/> （都合が悪い場合のみ✓）
8月5日（火・午後） <input type="checkbox"/> （都合が悪い場合のみ✓）	8月6日（水・午後） <input type="checkbox"/> （都合が悪い場合のみ✓）	

申込み順で希望を取らせていただきますので、ご希望に添えない場合があります。

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

令和7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