

2019年度 滋賀医科大学医学部附属病院臨床研修医応募願書

西暦20 年 月 日

滋賀医科大学医学部附属病院長 殿

写真の裏面に
名前を記入の
上、貼付して
ください。

サイズ：タテ4×
ヨコ3 (cm) 程度

ふりがな			性別
氏名			男・女
生年月日	昭・平 年 月 日生	年齢	歳
現住所	〒 -		
実家または 帰省先住所	〒 -		
携帯電話	- -	電話	- -
E-mail			
既往症等	1 なし 2 あり (何か注意する点がありますか：)		
医学生修学資金の貸与 (日本学生支援機構 記入不要)	1 なし 2 あり (名称：)		
学歴・ 職歴 足りない場合は裏面へ	学校名・学部学科 (高等学校以降) / 会社等名	修学(在職) 期間	卒・卒見・修・中退の別
		昭・平 年 月 ~ 昭・平 年 月	
		昭・平 年 月 ~ 昭・平 年 月	
		昭・平 年 月 ~ 昭・平 年 月	
		昭・平 年 月 ~ 昭・平 年 月	
		昭・平 年 月 ~ 昭・平 年 月	
受験日を○で囲んで ください。	応募されるプログラムの各欄に希望順位を附してください。	プログラムの名称	
【第1回】 8月3日(金)		① 滋賀医科大学 Aプログラム (募集数34人[予定])	
【第2回】 8月29日(水)		② 滋賀医科大学 Bプログラム (募集数 4人[予定])	
		③ 滋賀医科大学 Cプログラム (募集数12人[予定])	

- ※ マッチングでは、3プログラム全てに順位を付して登録することができます。
- ※ 写真を1枚貼付してください。
- ※ 後日、現住所宛に受験票をお送りします。(第2回については実家または帰省先住所宛に送付します)
- ※ 応募に関してご提供いただきました個人情報等につきましては、採用に関する事務以外には使用いたしません。

今後の研修医募集活動の参考に、以下についてご協力をお願いいたします

滋賀医科大学にご応募いただくにあたり、どこから研修医募集の情報を得られましたか。
該当するもの全ての番号を○で囲み、その他があればご記入願います。

- 1 滋賀医科大学 HP 2 厚労省 HP[REIS] 3 地域医療フォーラム (湖上・バス)
4 レジナビ・レジキャリ 5 その他 ()

