２０２０年度　滋賀医科大学医学部附属病院臨床研修医応募願書

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

　　　　　　　　　　　　　　西暦２０１９年　　月　　日

滋賀医科大学医学部附属病院長　　殿

学歴・職歴　足りない場合は裏面へ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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　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　　　　　昭・平　年　　月　～　年　　月　 |  |
|  | 昭・平　　　　　昭・平　年　　月　～　年　　月 |  |
|  | 昭・平　　　　　昭・平　年　　月　～　年　　月 |  |
|  | 昭・平　　　　　昭・平年　　月　～　年　　月 |  |
|  | 昭・平　　　　　昭・平 年　　月　～　年　　月 |  |
|  | 昭・平　　　　　昭・平 年　　月　～　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(参考) | プ　ロ　グ　ラ　ム　の　名　称 |
| 【第１回】8月２日(金)【第２回】8月2８日(水) |  | 1. 滋賀医科大学　Ａプログラム（募集数３０人[予定]）
 |
|  | 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附して登録することができます。**

**※上記のプログラム希望順位は、参考の為のアンケートであり、マッチング希望順位で最終応募を決定　　　　して下さい。**

**※ 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、採用に関る事務以外には使用いたしません。**

|  |
| --- |
| 【志望動機】（できるだけ詳しくご記入ください。） |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 続き学歴・職歴 | 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　　　　　昭・平 年　　月　～　年　　月 |  |
|  | 昭・平　　　　　昭・平 年　　月　～　年　　月 |  |
|  | 昭・平　　　　　昭・平 年　　月　～　年　　月 |  |
|  | 昭・平　　　　　昭・平 年　　月　～　年　　月 |  |
|  | 昭・平　　　　　昭・平 年　　月　～　年　　月 |  |
|  | 昭・平　　　　　昭・平 年　　月　～　年　　月 |  |

**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（　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）