

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（2次）

令和 年 月 日

滋賀医科大学医学部附属病院長 様

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

↓現住所か帰省先のいずれか 書類等郵送先を希望する住所の左に○を附す

現住所	〒	—	—	電話	—	—
実家または 帰省先住所	〒	—	—			
携帯電話		—	—	電話	—	—
フリガナ						
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・令 年 月 ~ 昭・平・令 年 月	
		昭・平・令 年 月 ~ 昭・平・令 年 月	
		昭・平・令 年 月 ~ 昭・平・令 年 月	
		昭・平・令 年 月 ~ 昭・平・令 年 月	
		昭・平・令 年 月 ~ 昭・平・令 年 月	
		昭・平・令 年 月 ~ 昭・平・令 年 月	

本院1次試験受験の有無	有 ・ 無
本院病院見学の有無 (他大学生・既卒の方のみ)	有 ・ 無 有の場合 平成・令和 年 月見学

【志望動機】（できるだけ詳しくご記入ください。本院1次試験を受験しなかった場合は、その理由もご記入ください。裏面もご利用ください。）

【裏面へ】

※ 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。

