

2023年度 滋賀医科大学医学部附属病院臨床研修医応募願書

令和4年 月 日

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

滋賀医科大学医学部附属病院長 殿

ふりがな				性別	
氏名				男・女	
生年月日	昭・平 年 月 日生	年齢	歳		
携帯電話	— —	電話	— —		
↓ 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○をして下さい					
現住所	〒 —				
実家または 帰省先住所	〒 —				
アドレッシング					
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	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		
受験日：いずれかを選択し ○で囲んでください ↓	【参考として】 第一希望のプ ログラムに ○をつけて下 さい↓	プログラムの名称			
【第1回】 8月3日 (水)		滋賀医科大学 Aプログラム (募集数22名)			
【第2回】 8月26日 (金)		滋賀医科大学 Bプログラム (募集数4名)			
		滋賀医科大学 Cプログラム (募集数15名)			

- マッチングでは、3プログラム全てに順位をつけて登録することができます。
上記のプログラム希望は参考の為のアンケートです。マッチング希望順位で最終応募を決定して下さい。
 - 各受験日願書受付期間終了後、受験票を郵送します。郵送希望住所(現住所か実家か)に○をつけて下さい。
 - 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。
- 可能な限り、両面印刷で1枚にまとまるよう願書提出してください。

【志望動機】 （できるだけ詳しくご記入ください）	
【ご自身のアピールポイントを簡単にご記入ください】	
賞罰の有無	1 なし 2 あり（具体的に： _____ ）

	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
続 き 学 歴 ・ 職 歴		昭・平・令 昭・平・令 年 月 ～ 年 月	
		昭・平・令 昭・平・令 年 月 ～ 年 月	
		昭・平・令 昭・平・令 年 月 ～ 年 月	
		昭・平・令 昭・平・令 年 月 ～ 年 月	
		昭・平・令 昭・平・令 年 月 ～ 年 月	
		昭・平・令 昭・平・令 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。

- 1 滋賀医科大学 HP
- 2 滋賀県地域医療フォーラム（オンライン）
- 3 レジナビ等オンライン合同説明会
- 4 病院見学（見学日 _____ 年 _____ 月） リモート見学（ _____ 年 _____ 月）
- 5 その他（ _____ ）