

2024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	
マッチング登録	有・無	有の場合	ID:	

↓ 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	〒	—			
実家または帰省先住所	〒	—			
携帯電話	—	—	電話	—	—
アドレス					
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	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	
賞罰の有無	1. なし 2. あり（具体的に： ）				
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
希望するプログラム	今回はAプログラムのみとなります。				

【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。

【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。)

【ご自身のアピールポイントを簡単にご記入ください】