

# 2025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6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
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	〒 —				
〒以フカナ					
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: )				
医師養成奨学金、 医学生修学資金等の貸与 (日本学生支援機構 記入不要)	1 なし 2 あり (名称: )				
賞罰の有無	1 なし 2 あり (具体的に )				
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	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			
受験回 いくつかを選択し ○で囲んでください	応募される プログラム に希望順位 をつけてく ださい(参考)	プ ロ グ ラ ム の 名 称			
【第1回】	8月2日 (金)	①	滋賀医科大学 Aプログラム (募集数17名)		
		②	滋賀医科大学 Bプログラム (募集数4名)		
【第2回】	8月28日 (水)	③	滋賀医科大学 Cプログラム (募集数14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順位は参考のみのアンケートです。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。

【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】

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・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。

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 滋賀県地域医療フォーラム（オンライン）
- 3 レジナビ・レジキャリ
- 4 病院見学（見学 年 月 ）  
リモート見学（ 年 月 ）
- 5 その他