

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  
基礎研究医プログラム用

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	〒 —				
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	昭・平・令	年	月
		年	月	～	年
		月	月		
		昭・平・令	昭・平・令	年	月
		年	月	～	年
		月	月		
		昭・平・令	昭・平・令	年	月
		年	月	～	年
	月	月			
	昭・平・令	昭・平・令	年	月	
	年	月	～	年	
	月	月			
	昭・平・令	昭・平・令	年	月	
	年	月	～	年	
	月	月			
	昭・平・令	昭・平・令	年	月	
	年	月	～	年	
	月	月			

- 本プログラムはマッチング対象外のため、本プログラムに採用となった場合には、マッチング参加を必ず辞退してください
- 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。
- 応募に際しご提供いただきました個人情報等は、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枚にまとめて、願書を提出してください。

<b>【志望動機】</b> （できるだけ詳しくご記入ください）	
<b>【ご自身のアピールポイントを簡単にご記入ください】</b>	
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 \_\_\_\_\_ ）