

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、地域医療重点プログラム用

令和7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：)			
奨学金、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 A：医師養成奨学金 B：医学生修学資金 C：滋賀医大育英奨学金 (平和堂育成奨学金) D：その他 (具体的に：)			
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		
		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		

プ ロ グ ラ ム の 名 称
※希望するプログラムに○を記入ください。

	滋賀医科大学 基礎研究医プログラム (募集数1名)
	滋賀医科大学 地域医療重点プログラム (募集数1名)

- ・ 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。

【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：

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。

- 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 ）