２０２６年度　滋賀医科大学医学部附属病院臨床研修医応募願書

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

 令和７年　　月　　日

滋賀医科大学医学部附属病院長　　殿

学歴・職歴　足りない場合は裏面へ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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〇**をして下さい |
| 現 住 所 | 〒　　　 | 〒　　　－ |
| 実家または帰省先住所 |  | 〒　　　－ |
| ｱﾄﾞﾚｽ ﾌﾘｶﾞﾅ |  |
| 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　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（名称　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 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 |
|  | 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　いづれかを選択し　○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】【第２回】 | 8月 1日(金)8月29日(金) | 　　 | 1. 滋賀医科大学　Ａプログラム（募集数１4名）
 |
|  | 1. 滋賀医科大学　Ｂプログラム（募集数４名）
 |
|  | 1. 滋賀医科大学　Ｃプログラム（募集数１6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。郵送希望住所に〇をつけて下さい。**

**※ 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 厚労省HP[REIS] 3地域医療フォーラム（湖上・バス）

 4 レジナビ・レジキャリ　 ５ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）

**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

5　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**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　地域医療フォーラム（湖上・バス）

 ３　レジナビ・レジキャリ　　 4　 病院見学（見学年月：　　　　　　　　　　　　　　　　）

5　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）