

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（2次）

令和 年 月 日

滋賀医科大学医学部附属病院長 様

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:	

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

↓ 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	— —
フAX			
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	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	
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 令和 年 月見学	
希望するプログラム	A ・ B		

【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】