

# 昭和大学 臨床研修医願書

20 年 月 日

ふりがな			
氏 名	(印)		
生 年 月 日 ※西暦で記入	年 齢	性 別	
年 月 日			

証明写真を  
必ず添付  
縦 4.0cm  
横 3.0cm

現住所	(〒 - ) (号棟・室号まで記入)	電話 ( ) 携帯電話 ( ) E-MAIL @	
緊急連絡先	(〒 - ) (帰省先等の連絡先)	電話 ( ) E-MAIL @	
学歴 (高校卒業から)	年 月 ※西暦で記入	学校名	学部・学科
	年 月	高等学校	卒業
	年 月		
	年 月		
	年 月		
職歴	年 月 ※西暦で記入	勤務先等	職務内容
	年 月		
	年 月		
	年 月		

※記載欄に収まらない場合、別紙で記入すること。

現時点で希望する研修プログラムの希望順位を記入してください。希望しないプログラムへの記入は不要です。また、実際のマッチング登録順位とは関係ありませんので、現時点の希望を記入してください。

プログラム名	希望順位
昭和大学病院 自主性尊重型プログラム	
昭和大学病院 小児科キャリアパス支援型プログラム	
昭和大学病院 産婦人科プログラム (周産期重点、骨盤外科重点、生殖内分泌重点)	
藤が丘病院 基本プログラム	
藤が丘病院 産婦人科・小児科キャリアパス支援型プログラム	
横浜市北部病院 基本プログラム	
横浜市北部病院 産婦人科重点プログラム	
横浜市北部病院 小児科重点プログラム	
江東豊洲病院 臨床研修プログラム	

地域枠に関して以下の質問に該当するものにをしてください。  
 申告内容に相違が確認された場合には、採用試験の受験資格を認めないことがあります。  
 ・地域枠※1(自治体等による地域医療医師奨学金受給者)に該当しますか。

地域枠に該当します  
 (奨学金制度の名称： )  
出願の際に奨学金の内容が分かる資料(コピー)を提出してください

地域枠に該当しません (一般枠※2)

※1 地域枠：地域医療等に従事する明確な意思をもった学生の選抜枠、いわゆる「地域枠」の入学者である参加者  
 ※2 一般枠：地域枠者以外の者で、卒後の従事要件等が課せられていない者

志望理由(自身が目指す医師像も含めて記載してください)


自己PR


自身の短所を教えてください


今までに直面した最大の困難と、それをどのように乗り越えたか教えてください


免許・資格等 (TOEFL等公に認められたものを記載してください)


特技・趣味・学生時のクラブ活動・課外活動等 (務めた役職等を含めて記載してください)


WEB上の事前エントリーをした上で提出してください  確認しました ※を入れること