

昭和大学 臨床研修医願書

2024年6月3日

ふりがな	しょうわ たろう		
氏名	昭和太郎 		
生年月日 ※西暦で記入	年齢	性別	
2000年4月1日	24	男	

証明写真を
必ず添付
縦 4.0cm
横 3.0cm

現住所	(〒142 - 8777) 東京都品川区旗の台1-9-14			
	(号棟・室号まで記入)	電話 03 (3784) 8299 携帯電話 090 () 5678 E-MAIL m-kenshui @ ofc.showa-u.ac.jp		
緊急連絡先	(〒142 - 8555) 東京都品川区旗の台1-5-8			
	(帰省先等の連絡先)	電話 03 (1234) 8299 E-MAIL @		
学歴 (高校卒業から)	年月 ※西暦で記入	学校名	学部・学科	
	2019年3月	●● 高等学校		卒業
	2019年4月	●● 大学	医学部医学科	入学
	2024年3月	●● 大学	医学部医学科	卒業見込
	年月			
職歴	年月 ※西暦で記入	勤務先等		
	年月			
	年月			
	年月			

高校、大学の場合:「卒業」
大学院の場合:「修了」
2024年3月に卒業/修了予定の場合:「卒業見込/修了見込」

※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	1
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	2
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	

現時点の順位で構いませんので、希望されるすべてのプログラムに順位を付けてください。
こちらの内容はマッチングには影響しません。

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(務めた役職等も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