



相手の考えや感情を理解する難しさを感じた経験と、それにどう向き合ったか具体的に教えてください。

チームや集団で活動した経験の中で、自分の役割をどう捉え、どのような点を意識して行動したか具体的に教えてください。

他者との関わりの中で、自分の考えや行動を見直すきっかけとなった経験について具体的に教えてください。

困難や挫折に直面した経験と、そこから得た学びを今後どのように医師として活かしたいか具体的に教えてください。

連絡事項

# 昭和医科大学 臨床研修医願書



※西暦で記入してください

20 26 年 6 月 1 日現在

フリガナ	ショウワ タロウ		
氏名 (自署)	昭和太郎		
生年月日	2002 年 11 月 15 日生 (満 23 歳)	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女
現住所	〒 ( 142 - 8777 ) マンション名、号棟・室号まで記入 東京都品川区旗の台1-9-14	自宅	〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
		携帯	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
Email	m-kenshui @ ofc.showa-u.ac.jp		
緊急 連絡先	〒 ( 142 - 8777 ) マンション名、号棟・室号まで記入 東京都品川区旗の台1-9-14	自宅	〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
		携帯	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

年	月	学歴 (高校卒業から) ・ 職歴 ※項目別にまとめて書く
2021	3	〇〇高校 卒業
2021	4	〇〇大学医学部医学科 入学
2027	3	〇〇大学医学部医学科 卒業見込み

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。

希望順位	プログラム名
1	昭和医科大学病院 自主性尊重型プログラム
2	昭和医科大学病院 広域連携型プログラム
3	昭和医科大学病院 小児科キャリアパス支援型プログラム
4	昭和医科大学病院 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)
5	昭和医科大学藤が丘病院 基本プログラム
6	昭和医科大学藤が丘病院 産婦人科プログラム
7	昭和医科大学藤が丘病院 内科重点プログラム
8	昭和医科大学横浜市北部病院 基本プログラム
9	昭和医科大学横浜市北部病院 産婦人科重点プログラム
10	昭和医科大学横浜市北部病院 小児科重点プログラム
11	昭和医科大学江東豊洲病院 臨床研修プログラム
12	昭和医科大学江東豊洲病院 広域連携型プログラム

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。記載内容に事実との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) に該当します 自治体等との合意・契約内容等が分かる資料(写)を提出してください (奨学金制度の名称: )
- 一般枠 (※2) に該当します

※1 地域枠: 卒業後に指定された地域や病院での従事要件等が課せられている者  
上記のほか、従事要件等に係る契約が解除済みの者 (過去に従事要件等が課せられていた者)

※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

相手の考えや感情を理解する難しさを感じた経験と、それにどう向き合ったか具体的に教えてください。

チームや集団で活動した経験の中で、自分の役割をどう捉え、どのような点を意識して行動したか具体的に教えてください。

他者との関わりの中で、自分の考えや行動を見直すきっかけとなった経験について具体的に教えてください。

困難や挫折に直面した経験と、そこから得た学びを今後どのように医師として活かしたいか具体的に教えてください。

連絡事項