

昭和医科大学 臨床研修医願書

20 年 月 日

※西暦で記入してください

ふりがな				写真貼付 縦 4.0cm 横 3.0cm
氏 名 (自 署)				
生 年 月 日	年 齢	性 別		
年 月 日				
現住所	(〒 -)			
	(号棟・室号まで記入)	電話 () E-MAIL @		
緊急連絡先	(〒 -) 電話 ()			
学歴 (高校卒業から)	年 月	学 校 名	学部・学科	
	年 月			卒 業
	年 月			
	年 月			
	年 月			
	年 月			
職歴	年 月	勤 務 先 等	職 務 内 容	
	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
昭和医科大学病院	自主性尊重型プログラム		
昭和医科大学病院	広域連携型プログラム		
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		
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）		
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		
江東豊洲病院	広域連携型プログラム		

<p>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。</p> <p><input type="checkbox"/> 地域枠(※1)に該当します (奨学金制度の名称:) <u>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</u></p> <p><input type="checkbox"/> 私は地域枠者ではありません。(一般枠者※2)</p> <p>※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</p>
<p>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)</p>
<p>自己 PR</p>
<p>自身の短所を教えてください</p>
<p>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</p>
<p>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)</p>
<p>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)</p>
<p>連絡事項 (例:○日希望 事由:東医体のため 等)</p>

※必ず事前エントリー(Web 申請)を行うこと