

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	(〒 一) (号棟・室号まで記入)			電話 () E-MAIL @
緊急連絡先	(〒 一)			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。

現時点での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	

地域枠につい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
(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)

- 私は地域枠者ではありません。(一般枠者※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）

連絡事項（例：○日希望 事由：東医体のため 等）