

昭和医科大学 臨床研修医願書

20 25 年 6 月 3 日

※西暦で記入してください

ふりがな	しょうわ たろう		
氏名 (自署)	昭和 太郎		
生年月日	年齢	性別	
2001 年 4 月 11 日	24	男	

写真貼付
縦 4.0cm
横 3.0cm

現住所	(〒 142 - 8777)			
	東京都品川区旗の台1-9-14			
	電話	03 (3784)	8299	
	(号棟・室号まで記入)	E-MAIL	m-kenshui @ ocf.showa-u.ac.jp	

緊急連絡先	(〒 142 - 8555)			
	東京都品川区旗の台1-5-8			
	電話	03 (1234)	8299	

学歴 (高校卒業から)	年 月	学 校 名	学部・学科	
	2020 年 3 月	●● 高等学校		卒 業
	2020 年 4 月	●● 大学	医学部医学科	入 学
	2026 年 3 月	●● 大学	医学部医学科	卒業見込
	年 月			

職歴	年 月	勤 務 先	
	年 月		
	年 月		

高校、大学の場合：卒業
大学院の場合：修了
2026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
昭和医科大学病院 自主性尊重型プログラム	1
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	2
横浜市北部病院 基本プログラム	3
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	

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つけてください。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。 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:) <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> ☒ 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)
8月19日希望 事由:8月13日は東医体に参加するため

※必ず事前エントリー(Web 申請)を行うこと