平成 31 年度浜松医科大学医学部附属病院臨床研修医登録願書

記入例

※フィリクションペン等のご使用はおやめください。　　平成 30 年　6 月　22 日現在

面接希望日	○	8 月 3 日（金）		8 月 10 日（金）		その他（　　）
希望プログラム	A	第 1 希望	C	第 2 希望		第 3 希望

ﾏｯﾁﾝｸﾞ ID	ID123456	本籍地	静岡県
ふりがな	はままつ　　たろう		
氏　　名	浜　松　　太　郎　　（男 ・ 女）		
生年月日	昭和 ・ 平成　6 年 4 月 15 日生　（満 24 才）		

写　真　貼　付
（デジカメ写真可）
3cm×4cm ～
3.5cm×4.5cm
3 ヶ月以内に撮影したものに限る

現住所 ふりがな	（下宿などの場合は、アパート名、部屋番号などを詳しく記入してください。） しずおかけん　はままつし　ひがしく　はんだやま
〒431 - 3112 静岡県浜松市東区半田山１－２０－１	電話（ 053 ）　435 － 2865 携帯電話　090 － 0000 － 0000 E-Mail　syoki@hama-med.ac.jp

※syoki@hama-med.ac.jp のメールを受信できるよう設定してください。

期間 自　年 月 日		至　年 月 日	学　歴（学校名・学部名・学科名等） 職　歴（勤務先・職種等）
平成 19 年 4 月	～	平成 22 年 3 月	浜松市立半田山　　中学校　卒業
平成 22 年 4 月	～	平成 25 年 3 月	静岡県立半田山高等学校　卒業
平成 25 年 4 月	～	平成 31 年 3 月	国立大学法人浜松医科大学医学部医学科　卒業見込
	～		
	～		
	～		

地域枠入学	該当 ・ 非該当	該当の場合・初期研修従事要件を記載

年 月 日	賞　　罰
	該当なし

志望動機

充実した研修ができると思い、貴院での研修を希望いたします。

研修修了後の希望専門分野（　外科・小児科　）※予め決まっている場合は記入してください。

国立大学法人浜松医科大学様式（卒後教育センター）