

令和6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

※フリクションペン等のご使用はおやめください。

令和5年 6月 22日現在

面接希望日 (※プログラム A/B/C 希望の方のみ記載)	<input checked="" type="radio"/> 8月4日(金)	<input type="radio"/> 8月25日(金)	<input type="radio"/> その他()
希望プログラム	A 第1希望	B 第2希望	C 第3希望
マッチング 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 (<input checked="" type="radio"/> 男) ・ 女)		
生年月日	昭和・ <input checked="" type="radio"/> 平成 11 年 4 月 15 日生 (満 24 才)		
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		電話 (053) 435 - 2865 携帯電話 090 - 0000 - 0000 E-Mail ^{オー} syoki@hama-med.ac.jp
〒 431 - 3112		静岡県浜松市東区半田山1-20-1	

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

※E-mail につきまして、見分けが付きにくい文字は「0、o、^{ゼロ}、^{オー}、^{イチ}、^{エール}」等のルビ(ふりがな)をご記入ください。

※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		学 歴 (学校名・学部名・学科名等)
自 年 月 日	至 年 月 日	職 歴 (勤務先・職種等)
平成24年4月	~ 平成27年3月	浜松市立半田山 中学校 卒業
平成27年4月	~ 平成30年3月	静岡県立半田山高等学校 卒業
平成30年4月	~ 令和6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 ・ <input checked="" type="radio"/> 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。