

# 令和4年度浜松医科大学医学部附属病院臨床研修医登録願書

※フィリクションペン等のご使用はおやめください。

令和3年 6月 22日現在

## 記入例

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6日(金)	<input type="radio"/> 8月27日(金)	<input type="radio"/> その他( )
希望プログラム	<b>A</b> 第1希望	<b>C</b> 第2希望	第3希望
マッチング ID	<b>ID123456</b>		本籍地 <b>静岡県</b>
ふりがな	<b>はままつ たろう</b>		
氏名	<b>浜松 太郎</b> ( <input checked="" type="radio"/> 男 ) ・ 女 )		
生年月日	昭和・ <input checked="" type="radio"/> 平成 <b>9</b> 年 <b>4</b> 月 <b>15</b> 日生 (満 <b>24</b> 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。) <b>しずおかけん はままつし ひがしく はんだやま</b>		電話 ( <b>053</b> ) <b>435</b> - <b>2865</b>
〒 <b>431-3112</b>	<b>静岡県浜松市東区半田山1-20-1</b>		携帯電話 <b>090-0000-0000</b> E-Mail <b>syoki@hama-med.ac.jp</b>

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

※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22年4月	～ 平成25年3月	浜松市立半田山 中学校 卒業
平成25年4月	～ 平成28年3月	静岡県立半田山高等学校 卒業
平成28年4月	～ 令和4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。