

# 記入例

## 令和4年度浜松医科大学医学部附属病院臨床研修医2次募集 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 11月 1日現在

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 (男・女)		
生年月日	昭和・平成 9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
〒431-3112	静岡県浜松市東区半田山1-20-1		携帯電話 090 - 0000 - 0000
			E-Mail syoki@hama-med.ac.jp

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・ <b>非該当</b>	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。