**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**

№

令和５年　　月　　日現在

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 面接希望日  （※プログラムA/B/C希望の方のみ記載） | |  | 8月4日（金） |  | 8月25日（金） | |  | | その他（　　　　）  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 | |
| 希望プログラム | |  | 第１希望 |  | 第２希望 | |  | | 第３希望 | |
| ﾏｯﾁﾝｸﾞID |  | | | | | 本籍地 | |  | | |
| ふりがな |  | | | | | | | | | |
| 氏名 | （　男　・　女　） | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 昭和 ・ 平成　　　年　　　月　　　日生　（満　　　　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。） | | | | | | | | | 電話（　　　　　）　　　　－  携帯電話  E-Mail | |
| 〒　　‐ | | | | | | | | | |

※E-mailにつきまして、見分けがつきにくい文字は「、、、」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）  職　歴（勤務先・職種等） |
| 自 年 月 日 |  | 至　年 月 日 |
|  | ～ |  | 中学校　卒業 |
|  | ～ |  |  |
|  | ～ |  |  |
|  | ～ |  |  |
|  | ～ |  |  |
|  | ～ |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 地域枠入学 | 該当 ・ 非該当 | 該当の場合・初期研修従事要件等を記載 |

|  |  |
| --- | --- |
| 年 月 日 | 賞　　罰 |
|  |  |

|  |
| --- |
| 志望動機  研修修了後の希望専門分野（　　　　　　　　　　　　　　　）※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）