**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×4.5cm3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）