

2024年度 滋賀医科大学医学部附属病院臨床研修医応募願書

令和5年 月 日

滋賀医科大学医学部附属病院長 殿

写真の裏面に
名前を記入の
上、貼付してく
ださい。

サイズ：タテ4×
ヨコ3 (cm) 程度

ふりがな				性 別
氏 名				男・女
生年月日	昭・平 年 月 日生	年 齢	歳	
携帯電話	— —		電 話	— —
↓ 現住所か帰省先のいずれか 書類等郵送先を希望する住所の左に○をして下さい				
現 住 所	〒 —			
実家または 帰省先住所	〒 —			
アドレッシング				
E-mail				
既往症等	1 なし 2 あり (何か注意する点がありますか：)			
医学生修学資金の貸与 (日本学生支援機構 記入不要)	1 なし 2 あり (名称：)			
賞罰の有無	1 なし 2 あり (具体的に)			
学歴・職歴 足りない場合は裏面へ	学 校 名・学部学科 (高等学校以降) / 会社等名	修 学 (在 職) 期 間		卒・卒見・修・中退の別
		昭・平・令 昭・平・令 年 月 ~ 年 月		
		昭・平・令 昭・平・令 年 月 ~ 年 月		
		昭・平・令 昭・平・令 年 月 ~ 年 月		
		昭・平・令 昭・平・令 年 月 ~ 年 月		
受験回 いずれかを選択し ○で囲んでください		応募される プログラム に希望順位 をつけてく ださい(参考)	プ ロ グ ラ ム の 名 称	
【第1回】	8月2日 (水)		① 滋賀医科大学 Aプログラム (募集数21名)	
			② 滋賀医科大学 Bプログラム (募集数4名)	
【第2回】	8月25日 (金)		③ 滋賀医科大学 Cプログラム (募集数15名)	

※ マッチングでは、3プログラム全てに順位をつけて登録することができます。
 ※ 上記のプログラム希望順位は参考の為のアンケートです。マッチング希望順位で最終応募を決定して下さい。
 ※ 各受験日願書受付期間終了後、受験票を郵送します。郵送希望住所に○をつけて下さい。
 ※ 応募に関してご提供いただきました個人情報等につきましては、採用に関する事務以外には使用いたしません。

【志望動機】（できるだけ詳しくご記入ください）

【ご自身のアピールポイントを簡単にご記入ください】

[illegible]

1 滋賀医科大学 HP	2 滋賀県地域医療フォーラム（オンライン）
3 レジナビ・レジキャリ	4 病院見学（見学 年 月 ） リモート見学（ 年 月 ）
5 その他	