

* 整理番号

* 面接

年 月 日

長崎大学病院長
中尾 一彦 殿

2020年度「長崎大学病院群」卒後臨床研修プログラム研修医応募申請書

標記研修プログラムに基づく研修に応募申請します。

フリガナ											写真貼付 3cm×4cm 3ヵ月以内に撮影したもので 正面上半身脱帽の写真 ※裏面に氏名を記入	
氏名	※必ず自署願います。											
生年月日	昭和 平成	年	月	日	性別					男・女		
本籍・国籍	都道府県									男・女		
マッチング登録ID番号<注1>												
地域枠該当の有無<注2>	有・無 (有の場合:)											
応募するプログラムとその優先順位<注2>	基本プログラム					周産期重点プログラム						
現時点での希望<注3>	アカデミック(大学院進学)コースを (いずれかに✓)					希望する口 希望しない口		※はっきりとした研究テーマを持っており、長崎大学医学部でNU-CLEAR training programを取っていた人にお勧めのコースです。				
現住所	〒 -											
	電話番号											
	携帯電話番号											
	e-mail		@									
学歴 (大学在学中に休学期間がある場合は、その期間も記載してください。)												
昭和 平成	年	月								中学校卒業		
昭和 平成	年	月								高等学校卒業		
昭和 平成	年	月	大学			学部		学科		入学		
昭和 平成	年	月	大学			学部		学科		卒業 卒業見込		
昭和 平成	年	月										
昭和 平成	年	月										
面接希望日 (希望順位を記入)	7月13日(土)		7月23日(火)		8月2日(金)		8月16日(金)		8月20日(火)			
	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後		

<注1> 必ず応募申請前にマッチング協会への登録をして、そこで付与されたID番号を記入してください。
大学のIDではありません。また、パスワードは絶対に記入しないようにお願いします。

<注2> 地域枠で入学をしている方は、有に印をつけて、()内に従事要件等を書いて下さい。

<注3> 応募するプログラムの優先順位を下段に記入してください。希望しないプログラムには何も記入しないでください。プログラム内容は、詳細な内容を医療教育開発センターHPに掲載しますので、確認願います。

<注4> アカデミック(大学院進学)コースについて、現時点での希望状況を参考までにご記入ください。

はっきりとした研究テーマを持っており、長崎大学医学部でNU-CLEAR training programを取っていた人にお勧めのコースです。事前に、長崎大学大学院医歯薬学総合研究科大学院係(095-819-7009)へご相談ください。

* 印のある欄には何も記入しないでください。

※ この申請書はパソコン等による入力でも構いませんが、氏名は必ず自署してください。

