

* 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	チヨウダイ タロウ				写真貼付 3cm×4cm 3か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	長 大 太 郎 ※必ず自署願います。									
生年月日	昭和 平成	2年	11月	22日		性別				
本籍・国籍	長 崎 都 道 府 県			男		女				
マッチング登録ID番号〈注1〉	abcd1234ef									
地域枠該当の有無〈注2〉	有・無 (有の場合:長崎県内の臨床研修病院)									
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							
	1		2							
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	〒 852 - 8101 長崎市江平4-5-6									
	電話番号	095-899-9999								
	携帯電話番号	095-9999-9999								
	e-mail	choudai-taro@sample.net.jp								
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	22年	3月	長崎大学教育学部附属		中学校卒業					
昭和 平成	25年	3月	長崎県立西		高等学校卒業					
昭和 平成	25年	4月	〇〇	大学 医 学部 医	学科 入学					
昭和 平成	31年	3月	〇〇	大学 医 学部 医	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
					1		2		3	

〈注1〉 必ず応募申請前にマッチング協議会への登録をして、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、()内にその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。

