

* 整理番号

* 面接

長崎大学病院長
中尾 一彦 殿

年 月 日

令和5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	
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:	
	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・平・令 年 月				中学校卒業
昭・平・令 年 月				高等学校卒業
昭・平・令 年 月	大学	学部	学科	入学
昭・平・令 年 月	大学	学部	学科	卒業 卒業見込
昭・平・令 年 月				
昭・平・令 年 月				
病院見学または 病院説明会参加日	1回目(年 月 日)		2回目(年 月 日)	
	3回目(年 月 日)		4回目(年 月 日)	
罰事項 (必ず自筆で記入し、罰 がないときは「無」と記入とのこと)				

〈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。

〈注5〉 万一、経歴詐称があった場合は懲戒解雇等の処分を課せられる場合があります。

※ 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。

