

* 面接

* 整理番号

平成 年 月 日

長崎大学病院長

増 崎 英 明 殿

平成28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（二次募集）

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	チョウダイ タロウ			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	長 大 太 郎 ※必ず自署願います。			
生年月日	昭和 平成	1 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〉	a b c d 1 2 3 4 e f			
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			
現時点での希望 〈注3〉	新・鳴滝塾トライアングルコースを希望する(しない)		アカデミック(大学院進学)コースを希望する(しない)	
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	090-9999-9999		
	E-mail	chodai-faro@sample.net.jp		
学 歴 (大学在学中に休学期間がある場合は、その期間を記載してください。)				
昭和 平成	20年 3月	長崎県立佐世保東 高等学校卒業		
昭和 平成	20年 4月	○ ○	大学 医 学部 医 学科 入学	
昭和 平成	26年 3月	○ ○	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			
*				

裏面に続く

〈注1〉 マッチング協議会の登録をしていない場合は「なし」、している場合は付与された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〉 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3〉 新・鳴滝塾トライアングルコースと、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。なお、新・鳴滝塾トライアングルコースを希望する場合は、事前に医療教育開発センター事務室にご相談ください。

* 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。

* 整理番号

自己アピールを200～600字程度で記入してください。
課外活動や社会貢献活動の状況、免許、資格、趣味、特技など、何でも構いません。箇条書でも構いません。
ただし、志望動機については記入しないでください。