

令和6年度採用 岐阜大学医学部附属病院 医員(研修医)選抜試験願書

岐阜大学医学部附属病院長 殿

貴院プログラムによる臨床研修を希望しますので、選抜試験に申し込みます。

令和 年 月 日現在

マッチングID				写真貼付 (縦4cm×横3.5cmで、3ヶ月以内に撮影した正面上半身脱帽のもの) (写真の裏に氏名を記入して貼付ください。)
ふりがな				
氏名				
生年月日	昭和 平成	年 月 日生	性別	
ふりがな 現住所	〒 -			
	携帯電話： - - 電話： - - E-mail：			
ふりがな 帰省先	〒 -			
	電話： - -			
試験希望日 (該当番号に○)	1. 7月26日(水) 2. 8月3日(木) (都合が悪い場合はご相談ください)			
受験通知文の 送付先 (該当番号に○)	1. 現住所 2. 帰省先			

年	月	学 歴
		高等学校卒業

【氏名】

年	月	職 歴
年	月	賞 罰
年	月	免許・資格等

岐阜大学医学部附属病院を志望した理由

希望するプログラム(希望順に順位をつけてください。(希望しないコース、プログラムは未記入にしてください。))

(位)岐阜大学病院プログラムコース1	/	
(位)岐阜大学病院プログラムコース2	第1希望協力病院:	第2希望協力病院:
(位)岐阜大学病院プログラムコース3	第1希望協力病院:	第2希望協力病院:
(位)岐阜大学病院プログラムコース4(急性期)	/	
(位)岐阜大学病院プログラムコース4(外科医エキスパート養成)	/	
(位)岐阜大学病院プログラムコース5(地域連携)	第1希望協力病院:	第2希望協力病院:
(位)岐阜大学病院地域医療重点プログラム	/	
(位)岐阜大学病院周産期プログラム	/	

- 記入上の注意
1. 鉛筆以外の黒または、青の筆記具で記入すること。(自筆)
 2. 数字はアラビア数字で、文字は楷書で記入すること。