

令和8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【2次募集】

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 年 月 日生	性別	男 · 女	
ふりがな 現住所	テレ - 携帯電話： - - 電話： - - E-mail :			
ふりがな 帰省先	テレ - 電話： - -			
試験希望日 (該当番号に○)	随時(応募者と日程調整の上、決定)			
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。))		
(<input type="checkbox"/> 位)岐阜大学病院プログラムコース1		
(<input type="checkbox"/> 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:
(<input type="checkbox"/> 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:
(<input type="checkbox"/> 位)岐阜大学病院プログラムコース4(急性期)		
(<input type="checkbox"/> 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)		
(<input type="checkbox"/> 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:
(<input type="checkbox"/> 位)岐阜大学病院地域医療重点プログラム		
(<input type="checkbox"/> 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。