

臨床研修医 志願書

福岡徳洲会病院 臨床研修管理委員会 御中
私は、貴院における2025年4月から2年間の臨床研修に応募いたします。

_____ 大学

西暦 _____ 年 卒業見込み ・ 卒業

署名 _____

写真添付
(縦4.5cm×横3.5cm)
3ヶ月以内

◇希望する試験日に○を付けてください。

希望	試験日	希望	試験日
	第一回:2024年7月13日(土)		第三回:2024年8月10日(土)
	第二回:2024年7月27日(土)		どの日程でも可能

履 歴 書

年 月 日現在

フリガナ	ローマ字表記		
氏名			
生年月日	年齢	性別	本籍地
西暦 年 月 日	歳	男・女	
フリガナ			
現住所	〒		
E-mail:	携帯電話:		
帰省先	〒		

年(西暦)	月	学 歴 ・ 職 歴 (各別にまとめて書く)
年	月	
年	月	
年	月	
年	月	
年	月	
年	月	
年	月	
年	月	
年	月	
年	月	
年	月	
年	月	
年	月	
年	月	
年	月	
年	月	
年	月	

氏名

年(西暦)	月	免許・資格
年	月	
年	月	
年	月	

研修志望理由(福岡徳洲会病院での初期研修プログラムを志望する理由)

将来志望する診療科 (複数可)	
臨床研修修了後の 進路について	
地域枠対象者である	あり ・ なし
臨床研修修了後 指定地域、大学等従事要件がある	あり ・ なし
他病院への併願は ありますか？	あり ・ なし (ありの方は病院名をご記入ください)
部活・サークル	
自己PR	

当院の研修に興味 を持ったきっかけ	<input type="checkbox"/> 大学説明会 <input type="checkbox"/> レジナビ <input type="checkbox"/> マイナビ <input type="checkbox"/> HOKUTO <input type="checkbox"/> その他業者 <input type="checkbox"/> 友人・先輩の紹介 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> パンフレット <input type="checkbox"/> その他()
----------------------	---