**２０２２年度　滋賀医科大学医学部附属病院臨床研修医応募願書**

**（基礎研究医プログラム）**

写真の裏面に名前を記入の上、貼付してください。  
  
サイズ：タテ４×ヨコ３（cm）程度

　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日  
滋賀医科大学医学部附属病院長　　様

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふ り が な | |  | | | | | | | | 性　別 | |
| 氏名 | |  | | | | | | | | 男・女 | |
| 生年月日 | | 昭・平　　年　　月　　日生 | | | | | 年　齢 | | | 歳 | |  | | |
| マッチング登録（予定） | | 有　・　無 | | | | 有の  場合 | ID: | | | | |  | | |
|  | | **↓**現住所か帰省先のいずれか　書類等郵送先を希望する住所の左に〇を附す | | | | | | | | | | |  | |
| 現 住 所 | |  | 〒　　　　　－ | | | | | | | | | | | |
| 実家または帰省先住所 | |  | 〒　　　　　－ | | | | | | | | | | | |
| 携帯電話 | | －　　　　－ | | | | | | 電　話 | | | －　　　－ | | | |
| ｱﾄﾞﾚｽ ﾌﾘｶﾞﾅ | |  | | | | | | | | | | | | |
| E-mail | |  | | | | | | | | | | | | |
| 既往症等 | | １　なし　２　あり（何か注意する点がありますか：　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 医学生修学資金の貸与(日本学生支援機構 記入不要) | | | | １　なし ２　あり（名称：　　　　　 　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 学　　歴　　・　　職　　歴 | 学校名 ・ 学部　学科（高等学校以降）/ 会社等名 | | | | | | | | 修　　学（在　職）　　期　　間 | | | | | 卒・卒見・修・中退の別 |
|  | | | | | | | | 昭・平・令　　　昭・平・令  　年　月　～　　年　月 | | | | |  |
|  | | | | | | | | 昭・平・令　　昭・平・令  　年　月　～　　年　月 | | | | |  |
|  | | | | | | | | 昭・平・令　　昭・平・令  　年　月　～　　年　月 | | | | |  |
|  | | | | | | | | 昭・平・令　　昭・平・令  　年　月　～　　年　月 | | | | |  |
|  | | | | | | | | 昭・平・令　　昭・平・令  　年　月　～　　年　月 | | | | |  |
|  | | | | | | | | 昭・平・令　　昭・平・令  　年　月　～　　年　月 | | | | |  |
|  | | | | | | | | 昭・平・令　　昭・平・令  　年　月　～　　年　月 | | | | |  |
|  | | | | | | | | 昭・平・令　　昭・平・令  　年　月　～　　年　月 | | | | |  |
| 本院病院見学の有無  （他大学生・既卒の方のみ） | | | | | 有　・　無 | | 有の場合　　平成・令和　　　年　　　月見学 | | | | | | | |

【裏面へ】**※ 応募に関してご提供いただきました個人情報等につきましては、採用に関る事務以外には使用いたしません。**