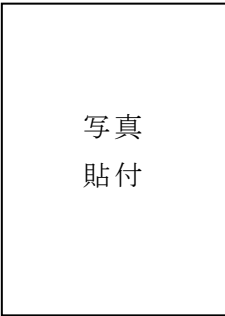


令和5年度福井大学医学部附属病院
臨床研修医応募願書



※ 裏面の注意事項をよく読んで記入してください。

				受験番号	
				＊	
ふりがな				男・女	出身都道府県
氏名	昭和・平成 年 月 日生 (歳)				
最終学校	国立・公立・私立 大学 学部 学科 (学籍番号)			入学	平成 年 月
				卒業 (見込)	平成 令和 年 月
現住所	〒 —				
	電話番号	() — 自宅・携帯			
	e-mail				
緊急連絡先 (父母等)	氏名				続柄
	住所	〒 — 電話 () —			
面接希望日 (○で囲む)	第1希望	8月17日・8月25日			
	第2希望	8月17日・8月25日			
選択したい プログラム (希望順位)		Aプログラム			
		Bプログラム	2年目研修希望の病院 ① (病院) ② (病院) ③ (病院)		
		Cプログラム	1年目研修希望の病院 ① (病院) ② (病院) ③ (病院)		
		小児科重点プログラム			
		産婦人科重点プログラム			

(記入上の注意事項)

1. 面接日及び時間については、願書受理後に通知します。
2. 選択したいプログラムは、ホームページの研修プログラムを参照してください。
3. 研修希望の病院は、まず面接試験の結果上位者から振り分けを行います。B・Cプログラムたすきがけ先各病院の受入数には上限があるため、希望の病院が重複した場合には希望順位に従い振り分けます。希望の病院名は必ず第3希望まで記入してください。(振り分け後の病院は変更できません。)
4. 添付書類 : 履歴書（所定様式）
 自己推薦書（所定様式）
 成績証明書
5. ＊印（受験番号）欄は記入しないでください。
6. 出願に伴う個人情報については、臨床研修医選抜以外には使用いたしません。

履 歴 書

ふりがな 氏 名	昭和・平成 年 月 日生	男・女	受験 番号	*
-------------	--------------	-----	----------	---

履歴事項（高等学校卒業以降の履歴を記入してください。）		
学 歴	年 月	高等学校卒業
	年 月	
	年 月	
	年 月	
	年 月	
	年 月	
	年 月	
職 歴	年 月	
	年 月	
	年 月	
	年 月	
	年 月	
賞 罰	年 月	（該当がない場合は無しと記入してください。）
	年 月	
免 許 ・ 資 格	年 月	
	年 月	
	年 月	

本人の健康状況	健康 やや不健康 不健康
	（やや不健康もしくは不健康の場合には、その状況を記入してください。）

氏名		受験 番号	*
----	--	----------	---

自 己 推 薦 書

--

- (注) 1. 志望の動機、研修に向けての意欲、将来のビジョンなど自由に自己アピールをしてください。
2. 本用紙1枚を使用してワープロ又は自筆で作成してください。