令和６年度福井大学医学部附属病院
臨　床　研　修　医　応　募　願　書

写真
貼付

※　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２１日	
	第２希望	８月１７日・８月２１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。