**熊本大学病院群卒後臨床研修プログラム**

**令和５年度採用研修医選考試験願書**

|  |
| --- |
| 年　　　月　　　日 |

熊本大学病院長　　殿

熊本大学病院群卒後臨床研修プログラム令和５年度採用研修医選考試験を受験したいので、関係書類を添付の上申し込みます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性　別 | 写真貼付３ｃｍ×４ｃｍ3ヶ月以内に撮影したもので正面上半身脱帽の写真 |
| 氏　　名（自　署） |  | 男　・　女 |
| 生年月日 | 昭　和平　成 |  | 年 |  | 月 |  | 日（ | 歳 ） |
| 現 住 所(アパート・マンション名、部屋番号まで） | 〒 |  | － |  |
|  |
|  |
| 電話番号 |  | 携帯電話番号 |  |
| その他連絡先 | 〒 |  | － |  |
|  |
|  | ℡: |  |
| E-mail | ＠ |
| ※0(ｾﾞﾛ) とo(ｵｰ)、1(ｲﾁ)とl(ｴﾙ)は違いがわかるようにはっきり記入してください |
| マッチング登録ID |  |
| ※熊本大学病院群では、マッチング希望順位表へ登録が決定した方を全プログラムへ登録いたします受験者がマッチングに本院群プログラムを登録しない限り、本院群プログラムとマッチすることはありません |
| 就業義務（地域枠）等の有無 | 有　（修学資金名： |  | ）・　無 |
| 学　　　歴 | 昭・平・令　　年　　月 | （ |  | 県） |  | 中学校卒業 |
| 昭・平・令　　年　　月 | （ |  | 県） |  | 高等学校卒業 |
| 昭・平・令　　年　　月 | 大学 　　　　学部 | 学科　入学 |
| 昭・平・令　　年　　月 |  |
| 昭・平・令　　年　　月 |  |
| 昭・平・令　　年　　月 |  |
| 昭・平・令　　年　　月 |  |
| **最終学歴**昭・平・令　　年　　月 | 　　 　　　　大学　 　　学部　　　　学科 | 卒業 |
| 卒業見込 |
| 職　　歴 | 昭・平・令　　年　　月 |  |
| 昭・平・令　　年　　月 |  |
| 昭・平・令　　年　　月 |  |
| 昭・平・令　　年　　月 |  |
|  | 第１日目 | 第２日目※２日目午後は実施しない可能性があります |
| 面接希望日(希望順位を記入してください、また、対応できない日がある場合には×を記入してください） | 令和４年７月３０日（土） | 令和４年７月３１日（日） |
| 午　前 | 午　後 | 午　前 | 午　後 |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 志望理由 |
|  |
| 自己アピール（学生時代の課外活動や社会貢献活動、免許、資格、趣味、特技など自由に記入してください） |
|  |
| 理想とする医師像 |
|  |
| 医療安全管理についての考え |
|  |

|  |
| --- |
| 賞罰 |
|  |

|  |
| --- |
| 健康上の特記事項（事前に申し出ておきたい健康上の特記事項等がある方は記載してください。） |
|  |

※ 本紙に記入の内容については、マッチング登録、採用および研修にかかる手続きのために使用いたします。

※※ 万が一、虚偽の記載があった場合は、処分が課せられる場合があります。