

写真を貼る位置

1. 縦 36~40mm
横 24~30mm
2. 本人 胸から上
3. 裏面にのりづけ
4. 裏面に氏名記入

ふりがな		1. 縦 36～40mm 横 24～30mm 2. 本人 胸から上 3. 裏面にのりづけ 4. 裏面に氏名記入
氏 名		
西 暦	年 月 日 生 満 (歳)	
ふりがな		(自宅電話)
現住所 〒		
		(携帯電話)
E-mail		
ふりがな		(連絡先電話)
現住所 〒 (現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入)		

[illegible]

※1 中学～最終学歴までを記入してください(卒業見込についても必ず付記してください)

氏名[]

[志望の動機]		
[自己PR・自覚している性格]		
[趣味・特技・所属クラブなど]	扶養家族数(配偶者を除く) 人	
	配偶者 有・無	配偶者の扶養義務 有・無

当院における 見学歴	①西暦 年 月 日 科名:
	②西暦 年 月 日 科名:
	③西暦 年 月 日 科名:

初期臨床研修 終了後の希望進路	☐ 出身大学の医局 ☐ 大学院への帰室 ☐ 出身大学以外の大学(大学 科)	☐ 当院での後期研修 ☐ 未定・その他()
希望後期診療科	☐ 内科() ☐ 救急() ☐ その他()	☐ 外科() ☐ 総合診療
将来の希望進路	☐ プライマリケア医又は開業医 ☐ 病院勤務医 ☐ 基礎研究	☐ 総合診療 ☐ 未定・その他()

面接希望日	☐ 2024年7月25日(木) ☐ 予備日を希望	☐ 2024年8月1日(木)
	地域枠・県特別枠  ☐ 福岡県内基幹型病院での臨床研修が認められている。 ※2	☐ 該当しない

※2 地域枠の場合のみ、該当する場合は✓印を付けて下さい。