

※申請番号	
-------	--

平成30年度初期臨床研修医 採用申請書

研修管理委員会委員長

群馬大学医学部附属病院

病院長 田村 遵一 殿

私は、貴院での初期臨床研修を希望しますので、必要書類を添付のうえ応募いたします。
なお、採用された場合は、群馬大学医学部附属病院並びに協力型臨床研修病院・研修協力施設の規則等に従い勤務します。

フリガナ				正面上半身脱帽の 写真(裏面に氏名を 記入)をこの欄に貼付 (3cm×4cm)
氏名	⑩			
生年月日	昭和 平成	年	月	日(満才) 男・女
マッチングID (参加登録後、 <u>個人に 与えられたID</u> を記入)				
住所	〒 — (必ず都道府県名から記入してください。)			
	自宅電話 — —			
	携帯電話 — —			
	(パソコン) メールアドレス..... (携帯)			
本人以外の連絡先	氏名		続柄等	
	〒 — 電話 ()			
受験票返送先 (住所欄以外を希望する場合に記入)	〒 — 電話 ()			

臨床研修医採用申請者は、マッチングシステム参加者であることとする。

【記入上の注意】 ※欄は記入しないでください。

氏名：	※申請番号
-----	-------

◆受験日（いずれかに○を付けてください。）

() 平成29年8月6日(日)	・	() 平成29年8月26日(土)
------------------	---	-------------------

◆希望プログラム

(いずれかに○を付けてください。希望プログラムが決まっていない場合はすべてに○を付けてください。)

() 群馬大学初期臨床研修プログラム
i 基本群(Aコース、Bコース、Cコース)
ii 救急重点群(D-1コース、D-2コース、D-3コース)
iii 地域医療重点群(E-1コース、E-2コース)
() 群馬大学初期臨床研修周産期エキスパート養成プログラム

◆履歴(学歴・職歴等)

年 月	～	年 月	高校
年 月	～	年 月	大学 (卒業 ・ 見込み)
年 月	～	年 月	
年 月	～	年 月	
年 月	～	年 月	
年 月	～	年 月	

◆資格・免許・賞罰

年	月	資格・免許・賞罰等

◆試験情報等(研修プログラム、選考試験日程、スケジュール、説明会の開催日時)については、どのようにしてお知りになりましたか。(複数選択可)

1	・3月19日(日)レジナビフェア スプリング2017in東京
2	・5月9日(火)群馬県臨床研修病院合同ガイダンスin群大キャンパス
3	・6月21日(水)群馬大学医学部附属病院主催 初期臨床研修医プログラム説明会に参加
4	・7月16日(日)レジナビフェア2017 in 東京 研修病院説明会に参加
5	・群馬大学医学部附属病院 臨床研修センターのホームページ
6	・所属大学の掲示板ポスター
7	・所属大学教務等からの案内(メール等)
8	・先輩、友人、知人など
9	・その他()