

# 獨協医科大学病院初期研修医応募願書

令和 年 月 日

獨協医科大学病院長 殿

獨協医科大学病院の初期研修医として下記により初期臨床研修を行いたく、応募いたします。

ふりがな		TEL											
氏名		Eメール	【紛らわしい文字は判別できるように記入すること】										
現在の所属	大学	学部	平成 年 月 卒業 令和 年 月 卒業・卒込										
志望研修プログラム【いずれかを○で囲み、併願する場合には( )欄に優先順位を記入すること】													
基本プログラム ・ 小児科トライアルプログラム ・ 産科婦人科トライアルプログラム ( ) ( ) ( )													
選考希望日【下記日程より選択し記入すること】 第1希望日( 月 日) 第2希望日( 月 日)													
7月26日(月) 、 7月27日(火) 、 7月28日(水) 、 8月4日(水) 8月5日(木) 、 8月12日(木) 、 8月30日(月) 、 8月31日(火)													
修学資金等貸与制度 (栃木県医師修学資金・栃木県地域枠・他行政・団体等) 利用状況 【いずれかを○で囲み、有の者は該当する区分にも○で囲むこと】													
無 ・ 有 (区分 : 栃木県地域枠 ・ 栃木県修学資金 ・ その他( ))													
マッチングユーザID【マッチング参加登録後に発行されたユーザIDを記入すること(左詰)】 ※所属大学より周知された参加登録用のIDではない													
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>													
志望理由・将来の進路希望やセールスポイント等													
遠方より受験される場合は宿泊施設(前泊・後泊)をご用意いたします。(宿泊料無料・朝食付き) 選考時の宿舎希望の有無【いずれかを○で囲み、有の場合はチェックイン予定時刻をお知らせください。】													
有 (チェックイン: 前日・当日 ( 時 分予定) / チェックアウト: 当日・翌日 )													
無 ※チェックインは15:00以降可・チェックアウトは10:00迄となります。													